

6. **Thatte MR, Babhulkar S, Hiremath A.** Brachial plexus injury in adults: Diagnosis and surgical treatment strategies. *Ann Indian Acad Neurol.* 2013;16(1):26. doi:10.4103/0972-2327.107686

7. **Sakellariou VI, Badilas NK, Stavropoulos NA, et al.** Treatment Options for Brachial Plexus Injuries. *Int Sch Res Not.* 2014;2014(1):314137. doi:10.1155/2014/314137

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ HBV-DNA VỚI HBEAG, AST VÀ ALT Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN VI RÚT B MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2022

Nguyễn Thị Hồng Quyên<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Trường<sup>2</sup>, Lê Thị Nhung<sup>2</sup>, Phùng Thị Luyện<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm gan vi rút B mạn tính (VGVRBMT) là một bệnh lý truyền nhiễm phổ biến tại Việt Nam, có nguy cơ cao dẫn đến xơ gan và ung thư gan. Việc phối hợp đánh giá các chỉ số HBV-DNA, HBeAg và men gan (AST, ALT) giúp theo dõi tiến triển bệnh và quyết định điều trị hiệu quả hơn. **Mục tiêu:** Xác định mối liên quan giữa nồng độ HBV-DNA với HBeAg, AST và ALT ở bệnh nhân VGVRBMT tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu 153 bệnh án của bệnh nhân VGVRBMT chưa điều trị thuốc kháng virus, có đầy đủ kết quả xét nghiệm HBV-DNA, HBeAg, AST, ALT. **Kết quả:** 52,9% bệnh nhân có tải lượng HBV-DNA <10<sup>4</sup> copies/mL. Nồng độ HBV-DNA trung bình cao hơn rõ rệt ở nhóm HBeAg dương tính so với âm tính (1,62×10<sup>8</sup> so với 3,11×10<sup>7</sup> copies/mL; p=0,000). Hoạt độ AST và ALT tăng dần theo nồng độ HBV-DNA, cao nhất ở nhóm >10<sup>5</sup> copies/mL (AST: 282,4 U/L; ALT: 336,1 U/L; p=0,000). Tỷ lệ bệnh nhân có AST và ALT tăng >5 lần giới hạn bình thường cũng cao nhất ở nhóm này (11,1% và 8,5%). **Kết luận:** Tải lượng HBV-DNA có liên quan có ý nghĩa thống kê với trạng thái HBeAg và mức độ tăng men gan, cho thấy giá trị trong đánh giá mức độ tiến triển bệnh ở bệnh nhân VGVRBMT.

**Từ khóa:** Viêm gan B mạn tính, HBV-DNA, HBeAg, AST, ALT, tải lượng virus, chỉ số men gan.

### SUMMARY

#### ASSOCIATION BETWEEN HBV-DNA LEVELS AND HBEAG, AST, AND ALT IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B AT HAI DUONG GENERAL HOSPITAL IN 2022

**Background:** Chronic hepatitis B (CHB) is a prevalent infectious disease in Vietnam and poses a high risk of progression to liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma. Simultaneous assessment of HBV-DNA levels, HBeAg status, and liver enzymes

(AST, ALT) is essential for monitoring disease progression and optimizing treatment decisions. **Objective:** To determine the association between HBV-DNA levels and HBeAg status, AST, and ALT activity in CHB patients at Hai Duong General Hospital in 2022. **Subjects and Methods:** A cross-sectional retrospective study was conducted on 153 medical records of CHB patients who had not received antiviral treatment and had complete laboratory results for HBV-DNA, HBeAg, AST, and ALT. **Results:** Among the patients, 52.9% had HBV-DNA levels <10<sup>4</sup> copies/mL. The mean HBV-DNA concentration was significantly higher in the HBeAg-positive group compared to the HBeAg-negative group (1.62×10<sup>8</sup> vs. 3.11×10<sup>7</sup> copies/mL; p=0,000). AST and ALT levels increased progressively with higher HBV-DNA concentrations, peaking in the >10<sup>5</sup> copies/mL group (AST: 282.4 U/L; ALT: 336.1 U/L; p=0,000). The highest proportions of patients with AST and ALT levels exceeding five times the upper normal limit was also observed in this group (11.1% and 8.5%, respectively). **Conclusion:** HBV-DNA viral load was significantly associated with HBeAg status and elevated transaminase levels, underscoring its value in assessing disease progression in patients with chronic hepatitis B.

**Keywords:** Chronic hepatitis B, HBV-DNA, HBeAg, AST, ALT, viral load, liver enzyme levels.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan vi rút B mạn tính (VGVRBMT) là một trong những bệnh lý truyền nhiễm mạn tính phổ biến nhất trên toàn cầu, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe cộng đồng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), ước tính có khoảng 296 triệu người đang mắc VGVRBMT trên toàn thế giới, với gần 820.000 ca tử vong mỗi năm chủ yếu do các biến chứng như xơ gan và ung thư gan [1]. Tại Việt Nam, theo ước tính của Bộ Y tế, tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B ở người trưởng thành là khoảng 8,8%, tương đương hơn 8,6 triệu người mắc, tiếp tục là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do bệnh gan ở nước ta [2].

HBV-DNA phản ánh chính xác tải lượng virus trong máu, trong khi HBeAg là chỉ dấu huyết thanh học cho thấy vi rút đang nhân lên, còn các

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Quyên

Email: hongquyenlab.hmtu@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

men gan AST, ALT giúp đánh giá mức độ tổn thương gan. Việc phối hợp đánh giá các chỉ số này không chỉ giúp xác định giai đoạn nhiễm HBV mà còn giúp tiên lượng tiến triển bệnh và hiệu quả điều trị [3], [4].

Tại Việt Nam, một nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Quân y 103 cho thấy người bệnh có tải lượng HBV-DNA cao và ALT tăng có nguy cơ tiến triển xơ gan cao hơn, trong khi kiểm soát tốt các chỉ số này giúp giảm thiểu nguy cơ diễn tiến nặng [5].

Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương, kỹ thuật định lượng HBV-DNA đã được triển khai từ năm 2012 theo đề án 1816 của Bộ Y tế. Tuy nhiên, đến thời điểm hiện tại, chưa có nghiên cứu nào tại Bệnh viện đánh giá mối liên quan giữa nồng độ HBV-DNA và các chỉ số HBeAg, AST, ALT ở người bệnh VGVRBMT. Vì vậy, chúng tôi tiến hành xác định: *"Mối liên quan giữa nồng độ HBV-DNA với HBeAg, AST và ALT ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2022."*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 153 người bệnh được chẩn đoán viêm gan virus B mạn tính (VGVRBMT), chưa điều trị thuốc kháng vi rút viêm gan B, có kết quả xét nghiệm đầy đủ (HBV-DNA, HBeAg, AST, ALT), đến khám tại phòng khám Truyền nhiễm – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ 01/01/2022 đến 30/10/2022.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán viêm gan vi rút B mạn tính với HBsAg dương tính kéo dài từ 6 tháng trở lên, chưa từng điều trị thuốc kháng vi rút viêm gan B, và có đầy đủ kết quả xét nghiệm HBV-DNA, HBeAg, AST và ALT.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết; bệnh nhân đồng nhiễm viêm gan vi rút C hoặc HIV; và bệnh nhân mắc bệnh gan do các nguyên nhân khác như rượu hoặc nhiễm độc.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương trong khoảng thời gian từ ngày 01 tháng 01 đến ngày 30 tháng 10 năm 2022

**2.3. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu bệnh án của người bệnh VGVRBMT nhằm xác định mối liên quan giữa nồng độ HBV-DNA với HBeAg và hoạt độ enzyme AST, ALT.

**2.4. Nội dung nghiên cứu.** Khảo sát đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu; phân tích đặc điểm nồng độ HBV-DNA ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính; đánh giá mối

liên quan giữa nồng độ HBV-DNA với HBeAg; và xác định mối liên quan giữa nồng độ HBV-DNA với hoạt độ enzyme gan AST và ALT.

**2.5. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu.** Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và kết quả xét nghiệm tại phòng khám và khoa xét nghiệm của bệnh viện. Các chỉ số bao gồm: nồng độ HBV-DNA được định lượng bằng kỹ thuật Real-time PCR; HBeAg được định tính bằng phương pháp ELISA; hoạt độ enzyme AST và ALT được xác định bằng xét nghiệm sinh hóa tự động. Dữ liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS phiên bản 16.0.

**2.6. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu sử dụng hồ sơ bệnh án lưu trữ, không can thiệp hay tiếp xúc với người bệnh, thông tin cá nhân được bảo mật tuyệt đối theo quy định của Bộ Y tế.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

#### 3.1.1. Tuổi

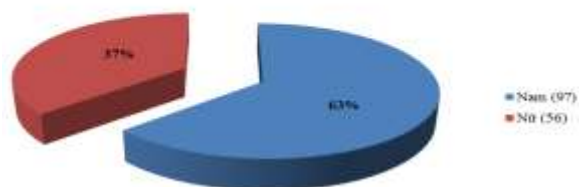
**Bảng 3.1. Phân bố người bệnh VGVRBMT theo nhóm tuổi**

Giá trị đánh giá	Tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=153)		
	Dưới 30 tuổi	Từ 30-60 tuổi	Trên 60 tuổi
n (%)	17(11,1%)	85(55,6%)	51(33,3%)
(X ± SD) (Tuổi)	50,44 ± 17,18		

**Nhận xét:** Đa số người bệnh thuộc nhóm tuổi 30–60 (55,6%), nhóm dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (11,1%). Tuổi trung bình là 50,44 ± 17,18 tuổi.

#### 3.1.2. Giới tính

**Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính (n=153)**



**Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh VGVRBMT trong nghiên cứu theo giới tính**

**Nhận xét:** Có 109 người bệnh là nam và 63 người bệnh là nữ trong nghiên cứu. Nam giới chiếm 60,4% cao hơn nữ giới là 39,6%.

### 3.2. Nồng độ HBV-DNA ở người bệnh VGVRBMT

#### 3.2.1. Nồng độ trung bình HBV-DNA theo phân nhóm nồng độ

**Bảng 3.2. Nồng độ trung bình HBV-DNA theo phân nhóm nồng độ**

Nồng độ trung bình HBV-DNA	Nhóm nồng độ HBV-DNA (copies/mL) (n=153)		
	Dưới 10 <sup>4</sup>	Từ 10 <sup>4</sup> – 10 <sup>5</sup>	Trên 10 <sup>5</sup>
n (%)	81 (52,9%)	13 (8,5%)	59 (38,6%)
( $\bar{X} \pm SD$ ) (Copies/mL)	1,08x10 <sup>3</sup> ± 1,78x10 <sup>3</sup>	3,5x10 <sup>4</sup> ± 2,6x10 <sup>4</sup>	1,7x10 <sup>8</sup> ± 4,5x10 <sup>8</sup>
( $\bar{X} \pm SD$ ) (Copies/mL)	6,5x10 <sup>7</sup> ± 2,9x10 <sup>8</sup>		

**Nhận xét:** Nhóm có nồng độ HBV-DNA <10<sup>4</sup> copies/mL chiếm tỷ lệ cao nhất (52,9%) với giá trị trung bình thấp nhất. Nhóm >10<sup>5</sup> copies/mL chiếm 38,6%, có nồng độ trung bình cao nhất (1,7x10<sup>8</sup> ± 4,5x10<sup>8</sup> copies/mL). Nhóm 10<sup>4</sup>-10<sup>5</sup> chiếm tỷ lệ thấp nhất (8,5%).

**3.2.2. Nồng độ trung bình HBV-DNA theo nhóm tuổi và giới**

**Bảng 3.3. Nồng độ trung bình HBV-DNA theo nhóm tuổi và giới**

Chỉ số đánh giá		Nồng độ trung bình HBV-DNA (Copies/mL) ( $\bar{X} \pm SD$ )	p
Nhóm tuổi	Dưới 30 tuổi	1,3x10 <sup>8</sup> ± 4,7x10 <sup>8</sup>	0,375 (>0,05)
	Từ 30-60 tuổi	3,2x10 <sup>7</sup> ± 1,1x10 <sup>8</sup>	
	Trên 60 tuổi	1,0x10 <sup>7</sup> ± 4,1x10 <sup>8</sup>	
Giới	Nam	2,42x10 <sup>9</sup> ± 3,3x10 <sup>9</sup>	0,601 (>0,05)
	Nữ	5,0x10 <sup>9</sup> ± 2,3x10 <sup>8</sup>	

**Nhận xét:** Nồng độ HBV-DNA trung bình cao nhất ở nhóm tuổi dưới 30 và thấp dần theo độ tuổi. Nữ giới có nồng độ trung bình cao hơn nam giới. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm tuổi và giới không có ý nghĩa thống kê (p = 0,375 và 0,601).

**3.2.3. Phân nhóm nồng độ HBV-DNA theo nhóm tuổi**

**Bảng 3.4. Phân bố nhóm nồng độ HBV-DNA theo nhóm tuổi**

Nhóm nồng độ HBV-DNA (copies/mL)	Nhóm tuổi của người bệnh VGVRBMT n (%)			p
	Dưới 30 tuổi	Từ 30-60 tuổi	Trên 60 tuổi	
Dưới 10 <sup>4</sup>	08 (5,2%)	28,8 (34,3%)	29 (19,0%)	0,0 (<0,05)
Từ 10 <sup>4</sup> – 10 <sup>5</sup>	02 (1,3%)	06 (3,9%)	5 (3,3%)	
Trên 10 <sup>5</sup>	07 (4,6%)	35 (22,9%)	17 (11,1%)	
Tổng số	17 (11,1%)	85 (55,6%)	51 (33,3%)	
				153 (100%)

**Nhận xét:** Nhóm tuổi từ 30-60 có tỷ lệ phân bố nồng độ HBV-DNA cao nhất, đặc biệt ở nhóm <10<sup>4</sup> copies/mL (34,3%) và >10<sup>5</sup> copies/mL (22,9%). Sự khác biệt về phân bố nồng độ HBV-DNA giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê (p = 0,00).

**3.2.4. Phân nhóm nồng độ HBV-DNA theo giới**

**Bảng 3.5. Phân bố nhóm nồng độ HBV-DNA theo giới tính (n=153)**

Nhóm nồng độ HBV-DNA (copies/mL)	Giới tính của người bệnh VGVRBMT n (%)	
	Nam	Nữ
Dưới 10 <sup>4</sup>	47 (30,7%)	34 (22,2%)
Từ 10 <sup>4</sup> – 10 <sup>5</sup>	07 (4,6%)	06 (3,9%)
Trên 10 <sup>5</sup>	38 (24,8%)	21 (13,7%)
p	0,464 (>0,05)	

**Nhận xét:** Nam giới có tỷ lệ phân bố ở mọi mức nồng độ HBV-DNA cao hơn nữ giới, đặc biệt ở nhóm >10<sup>5</sup> copies/mL (24,8% so với 13,7%). Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê (p = 0,464).

**3.3. Môi liên quan giữa HBV-DNA và HBeAg, hoạt độ enzyme AST, ALT ở người bệnh VGVRBMT**

**3.3.1. Môi liên quan giữa nhóm HBV-DNA với HbeAg**

**Bảng 3.6. Nồng độ trung bình HBV-DNA trên các nhóm HBeAg (+) và HBeAg (-) trên người bệnh VGVRBMT**

Giá trị so sánh	HBeAg	
	Dương tính (n=39)	Âm tính (n=114)
Trung bình HBV-DNA (Copies/mL) ( $\bar{X} \pm SD$ )	1,62x10 <sup>8</sup> ± 6,54x10 <sup>7</sup>	3,11x10 <sup>7</sup> ± 2,17x10 <sup>7</sup>
p	0,000 (<0,05)	

**Nhận xét:** Nồng độ trung bình HBV-DNA ở nhóm HBeAg dương tính cao hơn rõ rệt so với nhóm âm tính (1,62x10<sup>8</sup> so với 3,11x10<sup>7</sup> copies/mL) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,000).

**Bảng 3.7. Môi tương quan giữa HBeAg với các nhóm nồng độ HBV-DNA trên người**

**bệnh VGVRBMT (n=153)**

Nhóm nồng độ HBV-DNA (copies/mL)	HBeAg	
	Âm tính n (%)	Dương tính n (%)
Dưới $10^4$	70 (45,8%)	11 (7,2%)
Từ $10^4 - 10^5$	09 (5,9%)	04 (2,6%)
Trên $10^5$	35 (22,9)	24 (15,7%)
p	0,000 (<0,05)	

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh HBeAg dương tính tăng dần theo mức nồng độ HBV-DNA, cao nhất ở nhóm trên  $10^5$  copies/mL (15,7%). Ngược lại, nhóm HBeAg âm tính chiếm tỷ lệ cao nhất ở mức HBV-DNA dưới  $10^4$  copies/mL (45,8%). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,000$ ).

**3.3.2. Hoạt độ trung bình Enzym AST, ALT trên các nhóm nồng độ HBV-DNA****Bảng 3.8. Hoạt độ trung bình enzyme AST, ALT với các nhóm nồng độ HBV-DNA**

Nhóm nồng độ HBV-DNA (copies/mL)	Chỉ số đánh giá	
	Hoạt độ trung bình AST(U/L) ( $\bar{X} \pm SD$ )	Hoạt độ trung bình ALT(U/L) ( $\bar{X} \pm SD$ )
Dưới $10^4$	85,92 $\pm$ 206,67	123,49 $\pm$ 306,03
Từ $10^4 - 10^5$	169,58 $\pm$ 195,34	236,95 $\pm$ 325,94
Trên $10^5$	282,39 $\pm$ 682,40	336,06 $\pm$ 811,79
p	0,01 (<0,05)	0,02 (<0,05)

**Nhận xét:** Hoạt độ trung bình của enzym AST và ALT tăng dần theo nhóm nồng độ HBV-DNA. Nhóm có nồng độ HBV-DNA trên  $10^5$  copies/mL ghi nhận giá trị AST và ALT cao nhất. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với ( $p = 0,01$  và  $0,02$ ).

**3.3.3. Môi tương quan giữa hoạt độ enzym AST, ALT trên các nhóm nồng độ HBV-DNA và HBeAg****Bảng 3.9. Môi tương quan giữa hoạt độ trung bình của enzyme AST, ALT với các nhóm nồng độ HBV-DNA ở người bệnh VGVRBMT có HBeAg (-)**

Nhóm nồng độ HBV-DNA (copies/mL)	Chỉ số đánh giá ở người bệnh VGVRBMT có HBeAg (-)	
	Hoạt độ trung bình AST(U/L) ( $\bar{X} \pm SD$ )	Hoạt độ trung bình ALT(U/L) ( $\bar{X} \pm SD$ )
Dưới $10^4$	91,8 $\pm$ 221,7	128,0 $\pm$ 327,1
Từ $10^4 - 10^5$	129,5 $\pm$ 154,7	138,9 $\pm$ 168,2
Trên $10^5$	275,7 $\pm$ 806,5	272,6 $\pm$ 825,7
p	0,07 (>0,05)	0,195 (>0,05)

**Nhận xét:** Ở nhóm người bệnh VGVRBMT có HBeAg âm tính, hoạt độ trung bình AST và ALT tăng theo nồng độ HBV-DNA. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,07$  và  $0,195$ ).

**Bảng 3.10. Môi tương quan giữa hoạt độ trung bình của enzyme AST, ALT với các nhóm nồng độ HBV-DNA ở người bệnh VGVRBMT có HBeAg (+)**

Nhóm nồng độ HBV-DNA (copies/mL)	Chỉ số đánh giá ở người bệnh VGVRBMT có HBeAg (+)	
	Hoạt độ trung bình AST(U/L) ( $\bar{X} \pm SD$ )	Hoạt độ trung bình ALT(U/L) ( $\bar{X} \pm SD$ )
Dưới $10^4$	43,8 $\pm$ 27,6	94,6 $\pm$ 98,6
Từ $10^4 - 10^5$	338,5 $\pm$ 269,1	457,5 $\pm$ 505,8
Trên $10^5$	310,0 $\pm$ 497,4	428,5 $\pm$ 799,4
p	0,09 (>0,05)	0,185 (>0,05)

**Nhận xét:** Ở nhóm người bệnh VGVRBMT có HBeAg dương tính, hoạt độ trung bình AST và ALT có xu hướng tăng theo nồng độ HBV-DNA, cao nhất ở nhóm từ  $10^4 - 10^5$  copies/mL. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,09$  và  $0,185$ ).

**3.3.4. Mức độ tăng AST và ALT theo nhóm so với nồng độ HBV-DNA****Bảng 3.11. Tỷ lệ người bệnh VGVRBMT tăng hoạt độ enzyme AST (so với giá trị bình thường) với các nhóm nồng độ HBV-DNA**

Nhóm nồng độ HBV-DNA (copies/mL)	Nhóm hoạt độ AST (U/L) n (%)			p
	<2 lần	2-5 lần	>5 lần	
Dưới $10^4$	62 (40,5%)	12 (7,8%)	07 (4,6%)	0,000

Từ 10 <sup>4</sup> – 10 <sup>5</sup>	06 (3,9%)	03 (2,0%)	04 (2,6%)	(<0,05)
Trên 10 <sup>5</sup>	25 (16,3%)	17 (11,1%)	17 (11,1%)	
Tổng số	93 (60,8%)	32 (20,9%)	28 (18,3%)	153 (100%)

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh VGVRBMT có mức tăng AST > 5 lần giới hạn bình thường cao nhất ở nhóm có nồng độ HBV-DNA trên 10<sup>5</sup> copies/mL (11,1%). Ngược lại, nhóm có nồng độ HBV-DNA dưới 10<sup>4</sup> chủ yếu tăng AST ở mức < 2 lần. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê (p=0,000).

**Bảng 3.12. Tỷ lệ người bệnh VGVRBMT tăng hoạt độ enzyme ALT (so với giá trị bình thường) với các nhóm nồng độ HBV-DNA**

Nhóm nồng độ HBV-DNA (copies/mL)	Nhóm hoạt độ ALT (U/L) n (%)			p
	<2 lần	2-5 lần	>5 lần	
Dưới 10 <sup>4</sup>	58 (37,9%)	13 (8,5%)	10 (6,5%)	0,000 (<0,05)
Từ 10 <sup>4</sup> – 10 <sup>5</sup>	07 (4,6%)	01 (0,7%)	05 (3,3%)	
Trên 10 <sup>5</sup>	28 (18,3%)	18 (11,8%)	13 (8,5%)	
Tổng số	93 (60,8%)	32 (20,9)	28 (18,3%)	

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh có mức tăng ALT >5 lần giới hạn bình thường cao nhất ở nhóm có nồng độ HBV-DNA trên 10<sup>5</sup> copies/mL (8,5%). Nhóm có nồng độ dưới 10<sup>4</sup> copies/mL chủ yếu tăng ALT ở mức <2 lần. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê (p = 0,000).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của người bệnh viêm gan vi rút B mạn tính (VGVRBMT) là 50,44 ± 17,18, trong đó nhóm tuổi 30–60 chiếm tỷ lệ cao nhất (55,6%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước trước đó, cho thấy bệnh thường được phát hiện ở độ tuổi trung niên, là thời điểm nguy cơ cao tiến triển thành xơ gan hoặc ung thư gan nếu không được quản lý hiệu quả [5], [6].

Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (60,4%) trong nhóm nghiên cứu, cao hơn nữ giới (39,6%). Điều này phù hợp với các dữ liệu dịch tễ học trên thế giới, theo đó tỷ lệ nhiễm HBV và tiến triển thành VGVRBMT thường gặp hơn ở nam giới do yếu tố miễn dịch và hành vi nguy cơ [1], [2].

Về tải lượng HBV-DNA, phần lớn người bệnh (52,9%) có nồng độ dưới 10<sup>4</sup> copies/mL, trong khi 38,6% có tải lượng trên 10<sup>5</sup> copies/mL. Sự phân bố này cho thấy đa số người bệnh có mức sao chép virus thấp, tuy nhiên vẫn tồn tại nhóm đáng kể có tải lượng virus cao, cần theo dõi sát.

Giá trị HBV-DNA trung bình ở nhóm HBeAg dương tính cao hơn rõ rệt so với nhóm âm tính (p = 0,000). Đây là mối liên quan thống kê có ý nghĩa, khẳng định vai trò của HBeAg như một chỉ dấu cho mức độ nhân lên mạnh của HBV, phù hợp với các nghiên cứu trước đó [6], [7], [8].

Hoạt độ AST và ALT có xu hướng tăng dần theo nồng độ HBV-DNA, cao nhất ở nhóm >10<sup>5</sup> copies/mL (p = 0,000). Kết quả này cho thấy mối liên quan giữa tải lượng virus và mức độ tổn thương gan, đồng thuận với nghiên cứu của

Esmaelzadeh et al. (2017) trong nhóm bệnh nhân HBeAg âm tính [8].

Tuy nhiên, khi phân tích riêng biệt theo HBeAg dương và âm tính, mối liên quan giữa HBV-DNA và enzym gan (AST, ALT) không còn có ý nghĩa thống kê (p = 0,195 và 0,185). Điều này cho thấy rằng đơn lẻ từng chỉ số không đủ phản ánh toàn diện tình trạng hoạt động của bệnh, cần kết hợp nhiều chỉ dấu như HBeAg, HBV-DNA, ALT và tổn thương mô học để đánh giá chính xác, đúng như khuyến cáo của AASLD [4].

Tỷ lệ người bệnh có AST và ALT tăng >5 lần giới hạn bình thường cao nhất ở nhóm có HBV-DNA >10<sup>5</sup> copies/mL. Kết quả này cho thấy nguy cơ tổn thương gan nặng ở nhóm có tải lượng virus cao, nhấn mạnh sự cần thiết của việc theo dõi định kỳ cả virus và enzym gan trong quá trình quản lý bệnh.

#### V. KẾT LUẬN

Trong số 153 bệnh nhân VGVRBMT, 52,9% có tải lượng HBV-DNA <10<sup>4</sup> copies/mL. Nồng độ HBV-DNA trung bình cao hơn ở nhóm HBeAg dương tính so với âm tính (1,62×10<sup>8</sup> so với 3,11×10<sup>7</sup> copies/mL; p=0,000). AST và ALT tăng dần theo nhóm tải lượng HBV-DNA, cao nhất ở nhóm >10<sup>5</sup> copies/mL với AST trung bình 282,4 U/L và ALT 336,1 U/L (p=0,000). Tỷ lệ bệnh nhân tăng AST và ALT >5 lần giới hạn bình thường cũng cao nhất ở nhóm có tải lượng HBV-DNA >10<sup>5</sup> copies/mL (11,1% và 8,5%).

Tải lượng HBV-DNA có liên quan có ý nghĩa thống kê với HBeAg và men gan (AST, ALT), gợi ý vai trò quan trọng trong đánh giá nguy cơ tiến triển bệnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- World Health Organization.** Hepatitis B – Key facts. Geneva: WHO; 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

- Bộ Y tế.** Kế hoạch phòng chống bệnh viêm gan vi rút giai đoạn 2021-2025 (4531/QĐ-BYT). Hà Nội. 2021
- Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B mạn tính (Quyết định số 3310/QĐ-BYT). Hà Nội: 2019.
- Terrault NA, Lok ASF, McMahon BJ, et al.** Update on treatment of chronic hepatitis B: 2018 AASLD guidelines. *Hepatology*. 2018;67(4):1560–1599. doi:10.1002/hep.29800
- Đỗ Như Bình, Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Minh Hạnh.** Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm trên người bệnh VGVRBMT điều trị tại Bệnh viện Quân y 103. *Tạp chí Y học Quân sự*. 2021; 335(1):72–77.
- Nguyễn Trọng Đại, Bùi Thị Ngọc Hà, Lê Lệnh Lương** (2023). Mối tương quan giữa tải lượng HBV DNA và hoạt độ ALT ở người bệnh viêm gan virus B mạn tính tại Trung tâm Chẩn đoán Y khoa 360 Lê Hoàn năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*, số đặc biệt tháng 12
- Nguyễn Đình Ứng, Đỗ Thị Lệ Quyên, Hoàng Tiên Tuyên, Lê Phương Hà, Nguyễn Trọng Chính, Hồ Hữu Thọ, Vũ Thị Tường Vân.** Mối liên quan giữa nồng độ HBsAg huyết thanh, tải lượng HBV và men transaminase ở người nhiễm HBV mạn tính. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 2020;(8):101–108.
- Esmaeelzadeh A, Saadatia H, Memar B, Amirmajidi EM, Ganji A, Goshayeshi L, et al.** Evaluation of serum HBV viral load, transaminases and histological features in chronic HBeAg-negative hepatitis B patients. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*. 2017 Winter;10(1):17–23. PMID: 28331563; PMCID: PMC5346823.

## PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG KẾT HỢP NỘI SOI TIÊU HÓA CÙNG VỚI SINH THIẾT HẠCH CANH GÁC TRONG UNG THƯ SỚM DẠ DÀY: BÁO CÁO HÀNG LOẠT CA

Đỗ Minh Hùng<sup>1</sup>, Nguyễn Quốc Thái<sup>1</sup>, Ngô Hoàng Kiến Tâm<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Đức<sup>1</sup>, Võ Nhật Trường<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Ung thư dạ dày (UTDD) vẫn là một gánh nặng y tế tại các nước Đông Á, trong đó UTDD giai đoạn sớm có tiên lượng tốt hơn đáng kể. Tiêu chuẩn vàng trong điều trị vẫn là phẫu thuật triệt để, tuy nhiên chất lượng cuộc sống (CLCS) sau phẫu thuật cũng cần được quan tâm. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả ngắn hạn của phẫu thuật nội soi ổ bụng (NSOB) kết hợp nội soi tiêu hóa (NSTH) cùng với sinh thiết hạch canh gác (HCG) trong điều trị UTDD giai đoạn sớm. **Phương pháp:** Chúng tôi tiến hành báo cáo loạt ca gồm ba bệnh nhân UTDD giai đoạn sớm được điều trị bằng NSOB kết hợp NSTH và sinh thiết HCG tại Bệnh viện Tâm Anh. Tất cả bệnh nhân đều được nạo vét tối thiểu bốn hạch HCG, diện cắt được kiểm tra bằng sinh thiết lạnh trong mổ. Các dữ liệu được thu thập bao gồm đặc điểm lâm sàng, kết quả phẫu thuật, biến chứng và theo dõi sau mổ. **Kết quả:** Cả ba ca phẫu thuật đều thành công, không cần chuyển mổ mở. Sinh thiết lạnh xác nhận không di căn hạch và diện cắt âm tính với ranh giới  $\geq 1$ cm. Thời gian theo dõi lần lượt là 21 tháng, 13 tháng và 12 tháng, không ghi nhận tái phát. Một trường hợp gặp biến chứng hẹp dạ dày ngày hậu phẫu 16, được điều trị bảo tồn thành công. **Kết luận:** Phẫu thuật NSOB kết hợp NSTH cùng sinh thiết HCG là phương pháp khả thi và có tiềm năng triển khai có chọn lọc trong điều trị UTDD giai đoạn sớm. Kỹ thuật

này vừa đáp ứng nguyên tắc ung thư học, vừa có tiềm năng cải thiện CLCS, mở ra một lựa chọn điều trị ít xâm lấn cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** UTDD giai đoạn sớm, Phẫu thuật NSOB kết hợp NSTH, Sinh thiết HCG

### SUMMARY

#### LAPAROSCOPIC AND ENDOSCOPIC COOPERATIVE SURGERY PLUS SENTINEL LYMPH NODE NAVIGATION SURGERY IN EARLY GASTRIC CANCER: CASE SERIES FROM VIETNAM

**Introduction:** Gastric cancer is still a heavy burden in East Asian countries, including Vietnam, Japan, South Korea and China [1]. Notably, early gastric cancer (EGC) carries a more favorable prognosis [2]. In the treatment of even these early tumors, the gold standard is the complete removal of the malignant cells. In addition, the patient's quality of life (QoL) after these procedures must be taken into consideration. **Methods:** Three consecutive patients with EGC underwent LECS plus SNNS at our hospital. At least four lymphatic basins were harvested and examined intraoperatively with frozen section analysis to assess lymph node status and resection margins. Clinical features, surgical outcomes, and postoperative events were recorded. **Results:** All three procedures were successfully completed without conversion to open surgery. Frozen sections confirmed negative sentinel node metastasis and R0 resections with circumferential margins  $\geq 1$  cm. Follow-up periods were 21, 13, and 12 months, respectively, with no recurrence observed. One patient developed gastric stricture on postoperative day 16, which was treated conservatively with full recovery. **Conclusion:** LECS

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Hùng

Email: dominhhung148@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025