

ĐẶC ĐIỂM THAI PHỤ NHIỄM HBV VÀ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN VIÊM GAN VI RUS B TỪ MẸ SANG CON TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI PHÚ THỌ NĂM 2023

Bùi Thị Đến¹, Phạm Thái Hạ¹,
Phạm Thị Việt Dung², Tạ Thị Diệu Ngân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm thai phụ nhiễm HBV và thực trạng điều trị dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con tại Bệnh viện Sản Nhi Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang hồi cứu trên 194 hồ sơ bệnh án của thai phụ nhiễm HBV khám và sinh con năm 2023. **Kết quả:** Có 80,4% thai phụ mới được phát hiện nhiễm HBV trong lần mang thai này, chủ yếu ở 3 tháng cuối của thai kỳ, chiếm 60,8%. Chỉ có 33% (64/194) thai phụ được cho làm xét nghiệm HBV DNA. Trong số đó 24/64 (37,5%) thai phụ có HBV DNA dưới ngưỡng phát hiện, 34/64 (53,1%) có chỉ định điều trị kháng virus viêm gan B. Có 12/34 (35,2%) được điều trị TDF muộn, sau 28 tuần. Trẻ sau sinh có 90,2% được tiêm vắc-xin viêm gan B và 82,0% được tiêm HBIG trong 24 giờ đầu. Có 149/194 trẻ (76,8%) được thực hiện chuẩn tiêm vaccine và HBIG và 23,2% cặp mẹ con thực hiện dự phòng đạt chuẩn theo hướng dẫn. **Kết luận:** Tỷ lệ thực hiện chuẩn các biện pháp dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con còn thấp, cần có sự phối hợp tốt giữa các chuyên khoa Sản – Truyền nhiễm – Nhi để nâng cao tỷ lệ phòng ngừa sớm lây truyền mẹ con.

Từ khóa: Thai phụ HBV, dự phòng lây truyền mẹ con, vắc xin viêm gan B, HBIG.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN INFECTED WITH HBV AND HBV PREVENTION TRANSMISSION FROM MOTHER TO CHILD AT PHU THO OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2023

Objective: Describe the characteristics of pregnant women infected with HBV and the current status of HBV prevention transmission from mother to child at Phu Tho Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Subjects and Methods:** Retrospective cross-sectional description on 194 medical records of pregnant women infected with HBV who came for examination and gave birth in 2023. **Results:** 80.4% of pregnant women were newly diagnosed with HBV infection during this pregnancy, mainly in the last trimester, accounting for 60.8%. Only 33% (64/194)

of pregnant women were tested for HBV DNA viral load. Of them, 24/64 (37.5%) had HBV DNA below the threshold of detection, and 34/64 (53.1%) were indicated for antiviral treatment for hepatitis B. 12/34 (35.2%) received TDF treatment late, after 28 weeks. Of the newborns, 90.2% received the hepatitis B vaccine and 82.0% received HBIG within the first 24 hours. 149 out of 194 infants (76.8%) received both the vaccine and HBIG according to standard procedures, and 23.2% of mother-child pairs received standard preventive measures as recommended.

Conclusion: The rate of adherence to standard preventive measures for mother-to-child transmission of HBV is still low. Better coordination between obstetrics, infectious disease, and pediatrics specialists is needed to improve the rate of early prevention transmission from mother to child.

Keywords: Pregnant women infected with HBV, prevention of mother-to-child transmission, hepatitis B vaccine, HBIG.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus B (VGVRB) mạn tính là bệnh truyền nhiễm gây ra gánh nặng lớn đối với sức khỏe cộng đồng và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến ung thư gan và xơ gan. Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ nhiễm HBV cao. Theo kết quả mô hình ước tính gánh nặng bệnh tật được Bộ Y tế (BYT) và WHO thực hiện năm 2017, ước tính Việt Nam có khoảng 7,8 triệu người nhiễm HBV mạn tính, với khoảng 80.000 trường hợp xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan.¹ Tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HBV dao động từ 9,5 - 13%.^{2,3}

Thai phụ nhiễm HBV có khả năng lây truyền HBV từ mẹ sang con rất cao, khoảng 90% trẻ bị nhiễm HBV từ mẹ lúc sơ sinh sẽ tiến triển thành VGVRB mạn tính, xơ gan và ung thư gan. Các biện pháp dự phòng bao gồm: Xét nghiệm sàng lọc, quản lý điều trị phụ nữ có thai nhiễm HBV và tiêm chủng vắc xin kèm huyết thanh cho trẻ ngay sau sinh, sẽ ngăn chặn 90% khả năng lây truyền từ mẹ sang con.⁴

Tại Việt Nam việc sàng lọc nhiễm HBV ở phụ nữ có thai và điều trị dự phòng lây truyền mẹ con vẫn chưa được quản lý chặt chẽ, do đó việc điều trị dự phòng lây truyền HBV cho phụ nữ trong thai kỳ còn bị muộn, chưa đúng theo phác đồ BYT, hoặc chưa sàng lọc HBV trong quá trình mang thai.⁵ Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ là

¹Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ

²Sở Y tế Phú Thọ

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: tadienguan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025

Bệnh viện chuyên khoa sản – nhi tuyến đầu của tỉnh, tiếp nhận phần lớn sản phụ trong tỉnh Phú Thọ và các vùng lân cận đến khám và sinh con. Với mong muốn đánh giá tình hình thực tế tại địa phương về đặc điểm nhiễm HBV ở phụ nữ có thai, từ đó đề xuất các biện pháp nhằm nâng cao nhận thức của phụ nữ mang thai, nhân viên, y tế và giảm tỷ lệ lây truyền từ mẹ sang con, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm thai phụ nhiễm HBV và việc thực hiện điều trị dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con tại Bệnh viện Sản Nhi Phú Thọ năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Thai phụ đến khám và sinh con tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ năm 2023 được làm HBsAg trong quá trình mang thai, có lưu trữ thông tin về sàng lọc, chẩn đoán và điều trị dự phòng trong hồ sơ bệnh án.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ.

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 7/2024 đến tháng 6/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu

Chọn mẫu: Thuận tiện, không tính cỡ mẫu cho nghiên cứu. Lựa chọn các hồ sơ bệnh án của các thai phụ được làm HBsAg trong quá trình mang thai và có đủ thông tin lưu lại để phục vụ nghiên cứu. Thu thập các thông tin từ các hồ sơ bệnh án này để phân tích, bao gồm: Tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, lần mang thai, nơi theo dõi thai kỳ, thời điểm xét nghiệm HBsAg; thông tin về dự phòng thuốc kháng vi rút, tiêm vắc xin và globulin miễn dịch viêm gan B (HBIG) cho con; tuổi thai, cân nặng khi sinh, tình trạng sau sinh của con. Nghiên cứu đã lựa chọn được 194 thai phụ nhiễm HBV có đủ hồ sơ bệnh án đưa vào nghiên cứu.

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu thu thập từ nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học theo phần mềm SPSS 25.0. Các số liệu được biểu diễn dưới dạng: Tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn với biến phân bố chuẩn, trung vị và IQR với biến phân bố không chuẩn.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án nên không lấy phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu của thai phụ. Các kết quả chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của thai phụ nhiễm HBV

Đặc điểm của thai phụ	Số lượng	Tỷ lệ
-----------------------	----------	-------

		(n=194)	(%)
Nhóm tuổi	Dưới 25 tuổi	40	20,6
	Từ 25 đến 35 tuổi	124	63,9
	Trên 35 tuổi	30	15,5
	Trung bình $\pm$ SD (Min-Max)	29,22 $\pm$ 5,22 (17 – 42)	
Địa chỉ	Thành phố Việt Trì	61	31,4
	Địa chỉ khác*	133	68,6
Nghề nghiệp	Cán bộ hành chính	34	17,5
	Công nhân	25	12,9
	Nghề khác**	135	69,6
Lần mang thai & đẻ tại bệnh viện	Lần đầu	67	34,5
	Từ lần thứ 2	127	65,5
Nơi theo dõi thai kỳ	Bệnh viện Sản Nhi tỉnh	45	23,2
	Phòng khám tư nhân	7	3,6
	Không có thông tin	142	73,2
Thời điểm xét nghiệm HBsAg	Trước mang thai	38	19,6
	3 tháng đầu thai kỳ	10	5,2
	3 tháng giữa	28	14,4
	3 tháng cuối, lúc sinh	118	60,8

*Gồm ngoài thành phố Việt Trì và các tỉnh lân cận như Vĩnh Phúc, Hà Nội, Tuyên Quang

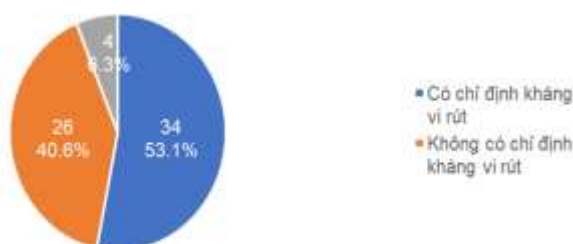
**Gồm lao động tự do, nông nghiệp, nội trợ...

Nhận xét: Có 80,4% thai phụ mới được phát hiện nhiễm HBV trong lần mang thai này, trong đó tỷ lệ thai phụ được xét nghiệm HBsAg ở 3 tháng cuối của thai kỳ cao nhất, chiếm 60,8%.

Bảng 3.2. Xét nghiệm HBV-DNA của thai phụ mới phát hiện nhiễm HBV

Xét nghiệm HBV DNA		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có làm HBV DNA (n=194)		64	33,0
Thời điểm làm HBV DNA (n=64)	3 tháng đầu	6	9,4
	3 tháng giữa	16	25,0
	3 tháng cuối và lúc sinh	42	65,6
Kết quả HBV-DNA (n=64)	Dưới ngưỡng phát hiện	24	37,5
	Phát hiện <200000 UI/ml	6	9,4
	Phát hiện >200000 UI/ml	34	53,1
	Min-Max	162-1500000000	
Tải lượng HBV DNA trung vị (IQR)		6.815.000 (437.750-46.000.000)	

Nhận xét: 33% thai phụ được làm HBV DNA, trong đó 24 thai phụ (37,5%) có HBV DNA dưới ngưỡng phát hiện. Tỷ lệ thai phụ có HBV DNA cần được điều trị dự phòng là 53,1%.



Biểu đồ 3.1. Điều trị dự phòng lây truyền mẹ con thời kỳ mang thai

Nhận xét: Trong 64 thai phụ được làm xét nghiệm HBV-DNA, có 34 trường hợp (53,1%) có chỉ định điều trị kháng vi rút dự phòng lây truyền mẹ-con.



Biểu đồ 3.2. Thời điểm điều trị dự phòng thuốc kháng vi rút viêm gan B

Nhận xét: Trong số 34 thai phụ có chỉ định điều trị kháng vi rút dự phòng, phần lớn bắt đầu điều trị trong tuần 24-28 của thai kỳ (56,0%). Có 12 trường hợp (35,2%) được điều trị sau 28 tuần.

Bảng 3.3. Đặc điểm thời kỳ chu sinh của con

Đặc điểm của con		Số lượng (n=194)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai khi sinh	Dưới 37 tuần	33	17,0
	Trên 37 tuần	161	83,0
	$\bar{X} \pm SD$ (Min-max)	38,22 $\pm$ 2,29 (26 – 41)	
Phương pháp sinh	Đẻ thường	64	33,0
	Đẻ mổ	130	67,0
Cân nặng khi sinh	< 2,5 Kg	20	10,3
	$\geq 2,5$ Kg	174	89,7
	$\bar{X} \pm SD$ (Min-max)	3,04 $\pm$ 0,58 (0,6 – 4,1)	
Hồi sức sơ sinh	Thở oxy	9	4,6
	Hồi sức tích cực	14	7,2
Vàng da sơ sinh	Có	57	29,4
Rối loạn đông máu	Có	16	8,2

Nhận xét: Trẻ sinh ra phần lớn có cân nặng trên 2,5 kg (89,7%), trên 37 tuần (83%). Tỷ lệ con sinh ra được mổ đẻ khá cao (67%) và tỷ lệ phải hồi sức sơ sinh là 11,8%.

Bảng 3.4. Điều trị dự phòng cho con sau sinh

Dự phòng cho con		Số trẻ	Tỷ lệ %
Tiêm vắc xin VGB (n=194)	Dưới 24h	175	90,2
	24-72h	0	0
	>72h	19	9,8
Tiêm HBIG (n=194)	Dưới 24h	159	82,0
	24-72h	0	0
	>72h	4	2,1
	Không tiêm	31	15,9
Tiêm cả vắc xin + HBIG dưới 24h (n=194)	Có	149	76,8
	Không	45	23,2
Lý do không tiêm cả vắc xin + HBIG (n=45)	Do sinh thiếu cân	4	8,9
	Nguyên nhân khác*	41	91,1

* Gồm: Trẻ phải hồi sức sau sinh, lo lắng tác dụng phụ, không có kinh phí chi trả

Nhận xét: Trong 24 giờ đầu sau sinh, có 90,2% trẻ được tiêm vắc-xin viêm gan B và 82,0% được tiêm HBIG. Khi đánh giá phối hợp tiêm vắc-xin và HBIG đúng thời điểm, có 149/194 trẻ (76,8%) được thực hiện đúng.

Bảng 3.5. Kết quả thực hiện điều trị dự phòng lây truyền HBV mẹ con

Biện pháp dự phòng		Số lượng (n=194)	Tỷ lệ (%)
Chỉ định đúng cho mẹ theo hướng dẫn BHYT	Chưa đúng	130	67,0
	Đúng	64	33,0
Tiêm vaccine đúng trong 24h đầu	Chưa đúng	19	9,8
	Đúng	175	90,2
Tiêm HBIG đúng trong 24h	Chưa đúng	35	18,0
	Đúng	159	82,0
Dự phòng chuẩn cho cả mẹ và con*	Đạt cả 3 tiêu chí	45	23,2

* Dự phòng bằng thuốc cho mẹ khi HBV DNA > 200.000 IU/mL khi thai 24-28 tuần và con được tiêm phòng vắc xin và HBIG trong 24h đầu sau sinh theo hướng dẫn BHYT

Nhận xét: Dự phòng kháng vi rút cho mẹ đúng 33,0%, số cặp mẹ con thực hiện dự phòng đạt chuẩn theo hướng dẫn của Bộ Y tế chiếm 23,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của thai phụ nhiễm HBV và con khi sinh. Nghiên cứu 194 thai phụ có HBsAg dương tính, tuổi trung bình là 29 tuổi, nhỏ nhất là 17 và lớn nhất là 42. Có 31,4% thai phụ sống tại Thành phố Việt Trì và 68,6% đến từ các huyện, thị xã lân cận khám và sinh con tại Bệnh viện Sản Nhi Phú Thọ. Tuy nhiên, trong hồ sơ bệnh án theo dõi khám thai, có đến 73,2% hồ sơ không có thông tin rõ ràng về nơi quản lý thai

ngén và 3,6% theo dõi tại phòng khám tư nhân. Điều này có nghĩa là phần lớn thai phụ trong nhóm nguy cơ cao này không được theo dõi tại một hệ thống y tế chuyên khoa tuyến tính, mà có thể chỉ đến khám tại các phòng khám nhỏ lẻ, y tế cơ sở, hoặc không khám thai định kỳ. Do vậy, việc theo dõi đánh giá tình trạng nhiễm HBV ở các thai phụ này cũng không được đầy đủ, ảnh hưởng đến quá trình tư vấn dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con.

Nghiên cứu cho thấy, 60,8% thai phụ được phát hiện nhiễm HBV muộn, trong 3 tháng cuối thai kỳ hoặc thậm chí là lúc nhập viện sinh. Theo các hướng dẫn hiện hành của Bộ Y tế Việt Nam và các hiệp hội gan mật quốc tế, việc điều trị dự phòng bằng thuốc kháng vi rút (thường là Tenofovir - TDF) được chỉ định cho các thai phụ có HBsAg dương tính và tải lượng vi rút HBV DNA cao (> 200.000 IU/mL hoặc $> 10^6$ copies/mL) và bắt đầu tốt nhất là từ tuần 24-28 của thai kỳ.^{6,7} Khi 60,8% thai phụ chỉ được phát hiện bệnh ở 3 tháng cuối hoặc lúc sinh, việc bắt đầu điều trị dự phòng kháng vi rút muộn có thể vẫn có nguy cơ lây truyền HBV do tải lượng vi rút của mẹ còn cao lúc sinh, ngay kể cả khi trẻ sơ sinh được tiêm vắc xin và huyết thanh đầy đủ.

Về tuổi thai, phần lớn trẻ được sinh đủ tháng (≥ 37 tuần), chiếm 83,0%, trong khi tỷ lệ sinh non là 17,0%, cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh là 3 kg, với đa số trẻ có cân nặng $\geq 2,5$ kg (89,7%). Điều này cho thấy nhiễm HBV ở mẹ, đặc biệt trong thể bệnh mạn tính không hoạt động, không ảnh hưởng đáng kể đến sự phát triển bào thai trong tử cung. Nghiên cứu tại Hồng Kông cho thấy cân nặng và chiều dài thai nhi không khác biệt giữa nhóm mẹ HBsAg (+) và nhóm không nhiễm HBV.⁸

4.2. Thực trạng điều trị dự phòng lây truyền mẹ con. Trong số 194 thai phụ nhiễm HBV, thực tế chỉ có 64 ca (33%) được làm thêm xét nghiệm định lượng HBV DNA. Trong 64 ca này, có 34 ca có chỉ định dùng thuốc kháng vi rút viêm gan B dự phòng lây truyền mẹ con, chiếm 53,1% (34/64) số ca được làm HBV DNA và 17,5% (34/194) các ca nhiễm HBV ở phụ nữ có thai. Theo khuyến cáo của WHO và Bộ Y tế, tất cả phụ nữ mang thai cần được xét nghiệm HBsAg ngay trong lần khám thai đầu tiên để có thể phát hiện sớm, đánh giá nguy cơ lây truyền, chỉ định điều trị dự phòng Tenofovir nếu cần thiết và lên kế hoạch tiêm chủng sau sinh cho trẻ.^{6,9} Kết quả nghiên cứu này tương tự với các nghiên cứu trong nước ở Hải Phòng và Cần Thơ, cho thấy tỷ lệ phụ nữ chỉ được phát hiện nhiễm

HBV khi thai đã lớn hoặc ngay lúc chuyển dạ vẫn còn cao, tỷ lệ được xét nghiệm HBV DNA và có chỉ định điều trị dự phòng bằng thuốc còn thấp, điều này ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả dự phòng lây truyền mẹ - con.^{10,11}

Tỷ lệ tiêm vắc-xin phòng nhiễm HBV sơ sinh trong 24h đầu sau sinh đạt 90,2% là biện pháp được thực hiện tốt nhất trong nghiên cứu. Tiêm huyết thanh HBIG trong 24h đầu đạt 82,0% ở mức khá tốt, phản ánh quy trình sau sinh của cơ sở được thực hiện tương đối tốt, song còn 18% chậm/thiếu tiêm huyết thanh, cần được tìm hiểu về nguyên nhân (dự trữ - cấp phát - ký đồng thuận - ghi chép). Việc chuẩn bị sẵn có nguồn HBIG tại các bệnh viện sản nhi cũng cần được quan tâm, để đảm bảo có đủ nguồn cần thiết tiêm cho trẻ trong 24h đầu sau sinh tại bệnh viện. Bảng chứng tổng hợp cho thấy vắc xin + HBIG vượt trội vắc xin đơn thuần ở nhóm mẹ nguy cơ cao (HBV DNA cao/HBeAg dương), trong khi ở HBeAg âm/nguy cơ thấp chênh lệch có thể không rõ rệt; do vậy, nội sản có HBIG, phối hợp với vắc-xin đúng giờ vẫn là thực hành ưu tiên cho nhóm nguy cơ cao.¹² Trong nghiên cứu chỉ có 45 (23,2%) cặp mẹ - con đạt 3/3 tiêu chí đúng dự phòng viêm gan B mẹ-con, bao gồm xét nghiệm đầy đủ về tình trạng nhiễm HBV cho mẹ/chỉ định dự phòng đúng theo hướng dẫn Bộ Y tế, tiêm phòng vaccine và HBIG đủ trong 24h đầu sau sinh cho con. Như vậy còn 1 tỷ lệ lớn chưa đạt được cả 3 tiêu chí, chủ yếu là do mẹ thiếu xét nghiệm HBV DNA trước 24-28 tuần, chưa được tư vấn đúng về khởi trị TDF đúng ngưỡng/đúng tuần. Tức là liên kết tiền sản-hậu sản chưa được "khóa kín", cần có các biện pháp truyền thông can thiệp cho cả thai phụ và nhân viên y tế theo dõi trong quá trình mang thai. Đối với việc quản lý theo dõi tại bệnh viện, ngoài việc tập huấn cho nhân viên y tế, đặc biệt là bác sĩ sản khoa, thì cần có ý kiến phối hợp chuyên khoa truyền nhiễm để việc theo dõi được đồng bộ, ngoài ra các tiêu chí kích hoạt sàng lọc, chỉ định xét nghiệm và chỉ định điều trị dự phòng cần thiết nên được cài cảnh báo trong hồ sơ điện tử để giúp theo dõi các đối tượng này. Khi các "mắt xích" tiền sản được chuẩn hóa (định lượng HBV DNA sớm, cảnh báo HIS khi thai $\geq 24-28$ tuần chưa có tải lượng, cảnh báo khi chưa có chỉ định điều trị với ngưỡng HBV tăng cao > 200.000 IU/mL hoặc $> 10^6$ copies/mL, tỷ lệ đạt 3/3 sẽ được tăng nhanh mà không cần các tác động lớn khác kèm theo.

Điểm hạn chế của nghiên cứu này là nghiên cứu hồi cứu, do vậy việc khai thác tiền sử, các

xét nghiệm đã làm liên quan đến việc sàng lọc nhiễm HBV trước đó của thai phụ có thể bị bỏ sót, ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Tuy nhiên nghiên cứu cũng đã nêu được thực trạng hiện tại trong việc theo dõi dự phòng nhiễm HBV từ mẹ sang con, từ đó có thể làm cơ sở đề xuất các nghiên cứu can thiệp để tăng cường hiệu quả phòng bệnh này, làm giảm tỷ lệ nhiễm HBV ở trẻ sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

Mặc dù tỷ lệ tiêm vaccine và globulin miễn dịch phòng nhiễm HBV lây từ mẹ sang con cho trẻ sơ sinh đã được thực hiện tốt (trên 90% với tiêm vaccine và trên 80% với HBIG), nhưng tỷ lệ phát hiện sớm nhiễm HBV và chỉ định dùng thuốc dự phòng đúng HBV cho mẹ chưa cao. Do vậy, cần có sự phối hợp tốt giữa Sản – Truyền nhiễm – Nhi để nâng cao tỷ lệ phòng ngừa sớm cho con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Kế hoạch phòng chống bệnh viêm gan vi rút tại Việt Nam, giai đoạn 2021-2025. Quyết định số 4531/QĐ-DP ngày 24/9/2021, Bộ Y tế. Published online 2021.
2. **Thị Hồng Vân L, Tuấn Minh N, Hải Yến T, Việt Dũng N.** Nghiên cứu tỷ lệ, đặc điểm cận lâm sàng và các marker ở phụ nữ mang thai nhiễm virus viêm gan B tại Bệnh viện Quân Y 103. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2022; 510(2). doi:10.51298/vmj.v510i2.1982
3. **Nguyễn Minh Ngọc.** Tình trạng nhiễm HBV và

đáp ứng miễn dịch một năm sau tiêm vắc xin viêm gan B ở trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HBV mạn có và không điều trị dự phòng Tenofovir trong thai kỳ. Luận án tiến sĩ Y học, Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh, 2023. Publish online 2023.

4. **Bộ Y tế.** Tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ trẻ sơ sinh trong và ngay sau mổ lấy thai. Quyết định 6734/QĐ-BYT ngày 15/11/2016. Published online April 8, 2021.
5. **Ngọc NM, Hiền PTD, Hoàng NTT, et al.** Tỷ lệ thai phụ nhiễm vi rút viêm gan B cần điều trị và bỏ lỡ điều trị dự phòng kháng vi rút trong thai kỳ tại một số bệnh viện khu vực phía Nam, 2019 – 2020. Tạp Chí Học Dự Phòng. 2022;32 (4 Phụ bản): 93-101. doi:10.51403/0868-2836/2022/723
6. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh viêm gan vi rút B. Quyết định 3310/QĐ-BYT ngày 29/7/2019. Published online 2019.
7. **WHO.** Viral hepatitis B and C policies in countries and burden of disease in WHO regions. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/hepatitis-factsheet_2023.pdf.
8. **Shui-Lam Mak, Kwok-Yin Leung.** Hepatitis B Carriers in Hong Kong: Prevalence and Pregnancy Outcomes. Hong Kong Journal of Gynaecology, Obstetrics and Midwifery. <https://doi.org/10.12809/hkjgom.13.1.142>
9. **Hepatitis B vaccines: WHO position paper-recommendations - Vaccine;** 2010 Jan 8; 28(3):589-90. doi: 10.1016/j.vaccine.2009.10.110. Epub 2009 Nov 5.
10. **Nguyễn Thuỳ Linh.** Thực trạng mang vi rút viêm gan B trên phụ nữ mang thai và kết quả can thiệp dự phòng tại Thành phố Hải Phòng năm 2017-2020. Luận án tiến sĩ Y tế công cộng, Hải Phòng, 2021. Published online 2021.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA CHỈ SỐ TRIGLYCERID/GLUCOSE TRONG DỰ BÁO MỨC ĐỘ NẶNG CỦA TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Tổng Tuệ Mẫn¹, Nguyễn Thế Vinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị của chỉ số triglycerid/glucose (TyG) trong dự báo mức độ nặng của tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang, bệnh nhân khám tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 01/2025-09/2025 được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp nếu thỏa tiêu chuẩn sẽ được lập danh sách và tiến hành xác định mức độ tổn thương động mạch vành và chỉ số TyG. **Kết quả:**

Trong tổng số 60 bệnh nhân, nam giới chiếm tỷ lệ 48,3%. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp là 68,3%. Điểm SYNTAX trung bình: $15,92 \pm 12,29$ điểm. Bệnh nhân tổn thương động mạch vành nặng có TyG cao hơn nhóm không nặng, với $9,39 \pm 0,34$ so với $8,84 \pm 0,33$. Chỉ số TyG tại điểm cắt là 9,12 có AUC là 0,883; độ nhạy 84,0% và đặc hiệu 80,0% trong dự báo độ nặng của tổn thương động mạch vành. **Kết luận:** Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tổn thương động mạch vành nặng có chỉ số TyG cao hơn nhóm không nặng. TyG tại điểm cắt là 9,12 có giá trị khá tốt trong dự báo mức độ nặng của tổn thương động mạch vành. **Từ khóa:** nhồi máu cơ tim, chỉ số triglycerid/glucose, độ nặng tổn thương động mạch vành.

SUMMARY

STUDY ON THE VALUE OF THE TRIGLYCERIDE/GLUCOSE INDEX IN

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Vinh

Email: nthevinh51@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025