

gastrostomy: Indications, technique, complications and management. World J Gastroenterol. 20(24): 7739-7751.

2. **Garewal D, Waikar P. 2012.** Propofol sedation for ERCP procedures: Adilemma? Observations from an anesthesia perspective. Diagn Ther Endosc. 639190.
3. **Brig Deepak et al. 2019.** A randomized controlled trial comparing gastro-laryngeal tube with endotracheal intubation for airway management in patients undergoing ERCP under

general anaesthesia. Medical Journal Armed Forces India. 75 (2): 146-151.

4. **Hayrettin Daşkaya1 et al. 2016.** Use of the gastro-laryngeal tube in endoscopic retrograde cholangiopancreatography cases under sedation/analgesia. Turk J Gastroenterol. 27: 246-51.
5. **Andre Tran, Venkatesan Thiruvankatarajan et al. 2020.** LMA® Gastro™ Airway for endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a retrospective observational analysis. BMC Anesthesiology. 20 (113).

THỰC TRẠNG NHIỄM VIRUS VIÊM GAN B Ở TRẺ SƠ SINH CỦA CÁC BÀ MẸ CÓ HBsAg (+) TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Lê Thị Hồng Vân*, Lê Thị Vân Trang*, Ngô Tuấn Minh*, Nguyễn Việt Dũng*, Nguyễn Xuân Khải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng nhiễm virus viêm gan B (VRVGB) ở trẻ sơ sinh có mẹ có HBsAg (+) và mối liên quan giữa sự xuất hiện các marker VRVGB trong máu cuống rốn (CR) với sự hiện diện của các marker này trong máu mẹ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 120 trẻ sơ sinh, là con của các bà mẹ có HBsAg (+) khi sinh tại khoa Sản, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 08/2021 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Trong số 120 trẻ sinh là con của các bà mẹ có HsAg (+), tỷ lệ các marker VRVGB trong máu CR của trẻ là: HBsAg (+) 60,8%, HBeAg (+) 13,3% và HBV DNA (+) là 16,7%. Trong máu mẹ, tỷ lệ HBeAg (+) là 30,8%, HBV DNA $\geq 5 \log 10$ copies/mL là 25,0%, nồng độ ALT, AST trung bình lần lượt là $25,7 \pm 11,3$ và $29,3 \pm 12,7$ U/L. Tỷ lệ HBsAg (+) trong nhóm bà mẹ có HBeAg (+) là 91,9%, cao hơn nhóm HBeAg (-) chỉ là 47,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$. Trong nhóm bà mẹ có nồng độ HBV DNA $\geq 5 \log 10$ copies/mL, có 80,0% trẻ có HBsAg (+), cao hơn nhóm có HBV DNA $< 5 \log 10$ copies/mL là 54,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$. **Kết luận:** tỷ lệ HBsAg (+) trong máu CR của con là 60,8%, tỷ lệ HBeAg (+) là 13,3%, HBV DNA (+) là 16,7%. Trong máu tĩnh mạch của mẹ, HBeAg (+) và nồng độ HBV DNA $\geq 5 \log 10$ copies/mL là các yếu tố làm tăng nguy cơ lây truyền VRVGB từ mẹ sang con.

Từ khóa: viêm gan virus B, phụ nữ có thai, trẻ sơ sinh.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF HEPATITIS B VIRUS INFECTIONS IN NEWBORNS WHOM MOTHERS ARE POSITIVE FOR HBsAg AT

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Khải

Email: drxuankhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.01.2022

Ngày duyệt bài: 7.2.2022

103 MILITARY HOSPITAL

Objectives: evaluate the status of hepatitis B virus infection in newborns of mothers with HBsAg (+) and the relationship between the appearance of HBV markers in cord blood with the presence of these markers in maternal blood. **Subjects and methods:** A cross-sectional study. 120 newborns of mothers with HBsAg (+) were at the Obstetrics Department, 103 Military Hospital, from August 2021 to December 2021.

Results: Among 120 newborns with HsAg (+), the percentage of HBV markers in cord blood of the children was: the rate of HBsAg (+) 60.8%, HBeAg (+) 13.3% and HBV DNA (+) was 16.7%. In maternal blood, the rate of HBeAg (+) was 30.8%, HBV DNA $\geq 5 \log 10$ copies/mL was 25.0%, mean ALT and AST levels were 25.7 ± 11.3 and 29.3 ± 12.7 U/L respectively. The rate of HBsAg (+) in the group of mothers with HBeAg (+) was 91.9%, higher than the group of HBeAg (-) was 47.0%, the difference was statistically significant, $p < 0.01$. In the group of mothers with HBV DNA levels $\geq 5 \log 10$ copies/mL, 80.0% of children had HBsAg (+), 54.4% higher than the group with HBV DNA $< 5 \log 10$ copies/mL. The difference was statistically significant, $p < 0.01$.

Conclusions: the rate of HBsAg (+) in cord blood of the newborns was 60.8%, the rate of HBeAg (+) was 13.3% and the rate of HBV DNA (+) was 16.7%. In maternal blood, HBeAg (+) and HBV DNA levels $\geq 5 \log 10$ copies/mL are factors that increase the risk of mother-to-child transmission of HBV.

Keywords: hepatitis B, pregnant, newborn.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus B là một vấn đề mang tính toàn cầu. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) ước tính vào năm 2015, có khoảng 257 triệu bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính trên toàn thế giới và khoảng 900.000 người tử vong do các biến chứng của viêm gan mạn tính như xơ gan và ung thư gan [1]. Trong những vùng có tỷ lệ VRVGB lưu hành cao, phần lớn nhiễm VRVGB xảy ra

trong thời kỳ thơ ấu. Những người này thường mang virus ngay từ khi mới ra đời do mẹ mang virus truyền sang con. Phương thức lây truyền này được gọi là lây truyền dọc. Lây truyền dọc có thể xảy ra trong tử cung, trong khi sinh hoặc một thời gian ngắn sau khi sinh. Phụ nữ mang thai có HBeAg (+) và HBV DNA (+) có khả năng lây truyền sang con cao hơn so với phụ nữ mang thai có HBeAg (-). Hiện nay, việc điều trị dự phòng lây truyền VRVGB từ mẹ sang con đã được áp dụng rộng rãi, đem lại hiệu quả tích cực. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá tình trạng nhiễm virus viêm gan B ngay sau sinh ở con của các bà mẹ có HBsAg (+) chưa có nhiều. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "Đánh giá tình trạng nhiễm virus viêm gan B ở trẻ sơ sinh của các bà mẹ có HBsAg (+) tại bệnh viện Quân y 103".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. 120 cặp mẹ - con, trong đó mẹ có HBsAg (+), được lấy máu tĩnh mạch ở mẹ và máu CR ở con, được chọn vào nghiên cứu cắt ngang để đánh giá tỷ lệ lây truyền VGVRB từ mẹ sang con sau sinh.

Tiêu chuẩn chọn: - Những cặp mẹ con, trong đó mẹ có HBsAg (+)

- Trẻ sinh ra có trọng lượng trên 2500 gram, không có rối loạn hô hấp và tuần hoàn sau sinh.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ đẻ non, bị dị tật bẩm sinh

2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Các bước tiến hành:

- Chọn các sản phụ mang HBsAg (+) trước khi sinh.

- Lấy máu sản phụ trước chuyển dạ: lấy 3 mL máu tĩnh mạch trước chuyển dạ bằng bơm kim tiêm vô trùng, đựng trong ống nghiệm vô trùng.

- Lấy máu CR của trẻ ngay sau sinh: lấy máu CR về phía bánh rau, trước khi rau sổ. Số lượng là 3mL, với điều kiện vô trùng, không được lẫn máu hay sản dịch của sản phụ.

- Làm xét nghiệm HBsAg và các marker viêm gan B khác.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 6 Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n=120)

Đặc điểm		Giá trị
Số lần sinh	1	75,0

	2	21,7
	≥3	3,3
Sinh mổ	Có	26,7
	Không	73,3
Tuổi thai khi sinh	≥ 37 tuần	90
	< 37 tuần	10
Điều trị dự phòng bằng thuốc kháng virus	Có	51,7
	Không	48,3

Nhận xét: Trong nhóm NC, đa số các bà mẹ sinh con lần đầu (chiếm 75%), sinh thường (73,3%). Tuổi thai khi sinh đa số ≥ 37 tuần, chiếm 90%. Có 62/120 bà mẹ có HBsAg (+) được điều trị bằng thuốc kháng virus trước khi sinh, chiếm 51,7%.

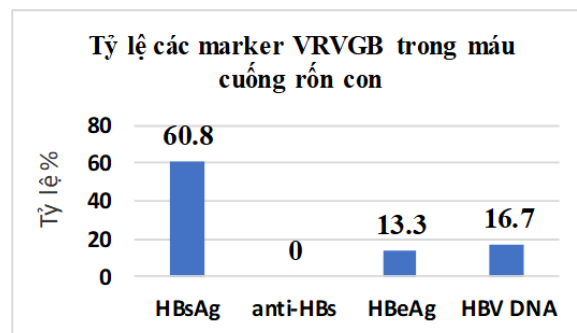
2. Tình trạng nhiễm VRVGB trong máu mẹ
Bảng 7 Tình trạng nhiễm VRVGB trong máu mẹ (n=120)

Đặc điểm	Tỷ lệ	
HBeAg (+)	30,8	
ALT (U/L)	25,7 ± 11,3	
AST (U/L)	29,3 ± 12,7	
HBV DNA (log 10 copies/mL)	< 5	75,0
	≥ 5	25,0
Nồng độ trung bình	4,37 ± 0,23	

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ sản phụ có HBeAg (+) là 37/120, chiếm 30,8%. Nồng độ ALT, AST lần lượt là 25,7 ± 11,3 và 29,3 ± 12,7 U/L.

Trong nhóm NC, có 30/120 bà mẹ có nồng độ HBV DNA trong máu ≥ 5 log 10 copies/mL tại thời điểm ngay trước khi sinh, chiếm tỷ lệ 25,0%. Nồng độ HBV DNA trung bình trong máu mẹ là 4,37 ± 0,23 log 10 copies/mL.

2. Tỷ lệ các marker VRVGB trong máu cuống rốn con



Biểu đồ 3 Tỷ lệ các marker VRVGB trong máu cuống rốn con (n=120)

Nhận xét: Trong máu CR, tỷ lệ HBsAg (+) là 60,8% (73/120), HBeAg (+) là 13,3% (16/120)%. Không có trường hợp nào có kháng thể anti-HBs (0/120). Có 20/120 trẻ có HBV DNA (+), chiếm tỷ lệ 16,7%.

3. Liên quan giữa sự xuất hiện của các marker VRVGB trong máu cuống rốn con với sự hiện diện của chúng trong máu mẹ.

Bảng 8 *Mối liên quan giữa sự xuất hiện HBsAg trong máu cuống rốn con với sự hiện diện HBeAg và nồng độ HBV DNA trong máu mẹ (n=120)*

Máu mẹ	Máu CR con	HBsAg (+)		HBsAg (-)		p
		n	%	n	%	
HBeAg	(+)	34	91,9	3	8,1	<0,01
	(-)	39	47,0	44	53,0	
HBV DNA log 10 copies/mL	<5	49	54,4	41	45,6	<0,01
	≥ 5	24	80,0	6	20,0	

Nhận xét: Tỷ lệ HBsAg (+) trong máu CR ở những bà mẹ có cả HBsAg (+) và HBeAg (+) là 91,9%, cao hơn so với nhóm có HBeAg (-) chỉ là 47,0%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Tỷ lệ HBsAg (+) trong máu CR ở những bà mẹ có nồng độ HBV DNA ≥ 5 log 10 copies/mL là 80,0%, cao hơn ở nhóm có nồng độ HBV DNA <5 log 10 copies/mL chỉ là 54,4%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê, p<0,01.

Bảng 9 *Mối liên hệ giữa nồng độ HBV DNA trong máu cuống rốn con và trong máu mẹ (n=120)*

Nồng độ HBV DNA máu mẹ	Máu CR con	HBV DNA (+)		HBV DNA (-)		p
		n	%	n	%	
< 5 log 10 copies/mL		1	1,1	89	98,9	<0,001
≥ 5 log 10 copies/mL		19	63,3	11	36,7	

Nhận xét: Tỷ lệ HBV DNA (+) trong máu CR ở những bà mẹ có nồng độ HBV DNA ≥ 5 log 10 copies/mL là 63,3%, cao hơn ở nhóm có nồng độ HBV DNA dưới 5 log 10 copies/mL. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê, p<0,001.

IV. BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ các marker của VRVGB trong máu mẹ

HBeAg. Trong nhóm NC, tỷ lệ HBeAg (+) là 30,8% (37/120). Theo Tse K ở Hồng Kông (2006), tỷ lệ này là 31,5% [2], còn theo Zhu YY (2010) là 36,5% [3]. HBeAg là còn gọi là kháng nguyên e của virus viêm gan B, là sản phẩm được biến đổi của vùng tiền gen C và vùng gen C nằm trong nhân virus. Sự xuất hiện HBeAg chứng tỏ virus đang nhân lên và có khả năng lây lan mạnh. Những phụ nữ có thai có HBeAg (+) có tỷ lệ lây truyền sang con cao (80 – 90%). Do đó, đây là đối tượng cần được kiểm soát chặt chẽ, dự phòng lây truyền sang con bằng vắc xin và globulin miễn dịch.

Nồng độ HBV DNA. Trong nhóm NC, có 30/120 bà mẹ có nồng độ HBV DNA trong máu ≥ 5 log 10 copies/mL tại thời điểm ngay trước khi sinh, chiếm tỷ lệ 25,0%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Chen và cộng sự (2013) với tỷ lệ là 25,7% [4]. Theo Lê Đình Vĩnh Phúc (2015) với 39/76 phụ nữ mang thai có tải lượng HBV DNA ở mức cao, chiếm 51,3% [5]. Kết quả này cao hơn so với NC của chúng tôi. Nguyên nhân do đây là các NC cắt ngang khi các sản phụ đến khám tại các cơ sở y tế. Trong NC của chúng tôi, các bà mẹ có nguy cơ cao đều đã được điều trị dự phòng bằng các thuốc kháng

virus (62/120 sản phụ, chiếm 51,7%).

2. Tỷ lệ các marker của VRVGB trong máu cuống rốn con

HBsAg. Tỷ lệ HBsAg (+) trong máu CR trong nhóm NC là 60,8% (73/120). Tỷ lệ này tương đương với NC của Phí Đức Long (2014) với 206/335 trẻ có HBsAg (+) [6]. Sự khác biệt về tỷ lệ HBsAg(+) trong máu CR ở các nghiên cứu có thể liên quan đến độ nhạy của kỹ thuật, tải lượng của virus, kèm theo là tỷ lệ lưu hành của HBsAg cũng như đường truyền nào đóng vai trò chủ yếu ở nơi mà các nghiên cứu tiến hành. Tỷ lệ HBsAg trong máu CR cao như vậy giải thích tại sao ở Việt Nam và các nước khu vực Châu Á đường lây truyền chủ yếu là lây truyền dọc mẹ con.

HBeAg. Tỷ lệ HBeAg (+) trong máu CR trong nhóm NC là 13,3%. Kết quả này thấp hơn các nghiên cứu của Tse K (2006) là 25,5% [2]. Sự tồn tại của HBeAg trong máu thường phối hợp với giảm phản ứng miễn dịch của cơ thể. Liệu HBeAg có thể từ mẹ sang con qua bánh rau và tạo ra sự dung nạp tế bào lympho T ngay khi đứa trẻ còn trong tử cung của người mẹ hay không là vấn đề đang được rất nhiều nhà nghiên cứu quan tâm. Người ta cho rằng HBeAg có thể dễ dàng qua được bánh rau hơn là HBsAg do có kích thước nhỏ hơn và không bị ngưng kết. Bằng chứng của việc HBeAg có thể qua được bánh rau là việc phát hiện thấy HBeAg(+) trong máu CR.

Tuy nhiên, kết quả của các NC này có thể bị ảnh hưởng nếu kỹ thuật lấy máu CR không đúng dẫn đến máu CR bị lẫn với máu mẹ. Để khắc phục vấn đề này, một số NC đã lấy máu tĩnh mạch trẻ ngay sau sinh để XN các marker của VRVGB. Zhu YY (2010) lấy máu tĩnh mạch ở 234 trẻ có mẹ mang HBsAg (+), tỷ lệ HBeAg (+) là 27,0% (64/234) [3].

Anti-HBs. Trong nhóm NC, không có mẫu máu CR nào có anti-HBs (+). Nguyên nhân là các bà mẹ được chọn vào trong NC này đều không có kháng thể anti-HBs.

HBV DNA. Trong NC của chúng tôi, có 20/120 trẻ có HBV DNA (+), chiếm tỷ lệ 16,7%. Theo Chen (2013), tỷ lệ này là 24/148 trẻ, chiếm 16,2% [4], tương tự kết quả NC của chúng tôi. Chang và cộng sự (2018) NC trên hai nhóm đối tượng trẻ em có mẹ HBsAg (+) được điều trị và không được điều trị bằng Tenofovir, tỷ lệ HBV DNA (+) ở hai nhóm này lần lượt là 5,22% và 30,11% [7].

3. Liên quan giữa sự xuất hiện của các marker VRVGB trong máu cuống rốn và sự hiện diện của chúng trong máu mẹ

HBsAg. Tỷ lệ HBsAg (+) trong máu CR ở những bà mẹ có cả HBsAg (+) và HBeAg (+) là 91,9%, cao hơn so với nhóm có HBeAg (-) chỉ là 47,0%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Theo Chu Thị Thu Hà (2008), 96,3% trẻ sinh ra từ các bà mẹ có HBeAg (+)/HBsAg (+) có HBsAg (+) trong máu CR, chỉ 27,5% trẻ sinh ra từ các bà mẹ có HBeAg(-)/HBsAg(+) có HBsAg(+) trong máu CR [8]. Trong NC này, 47,0% trẻ sinh ra từ các bà mẹ có HBeAg(-) có HBsAg trong máu CR ngay sau sinh. Trong NC của của Elefsiniotis IS và cộng sự trên 50 bà mẹ có HBeAg(-)/ HBsAg(+), mặc dù 100% (50/50) mẫu máu CR có HBV DNA (-), 100% (25/25) bánh rau có HBsAg(-) nhưng 32,0% (16/50) mẫu máu CR lại có HBsAg(+) [9]. Sự xuất hiện của HBsAg trong máu CR không liên quan đến tải lượng virus ở mẹ, kiểu đẻ, mô bệnh học bánh rau. HBsAg có thể qua được hàng rào bánh rau cũng như các protein khác.

HBeAg. Trong NC này, tỷ lệ HBeAg(+) trong máu CR ở những bà mẹ có cả HBsAg(+) và HBeAg (+) là 40,5%, cao hơn so với nhóm có HBeAg (-). Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Tse K là 83,3% (35/42) [2]. Điều đó chứng tỏ kháng nguyên HBeAg có thể dễ dàng truyền từ mẹ sang con trong quá trình chuyển dạ. So với HBsAg thì HBeAg có kích thước nhỏ hơn và không bị trung hòa bởi kháng thể nên có thể dễ

dàng truyền từ mẹ sang con.

Trong NC này có 01 trường hợp có HBeAg (+) trong máu CR ở trẻ có mẹ HBeAg (-), chiếm 1,2%. Sở dĩ có hiện tượng này có lẽ do định lượng HBeAg trong máu mẹ rất thấp, chỉ xấp xỉ mức phát hiện của một trong những xét nghiệm có độ nhạy cao như ELISA. Mặt khác ở những trường hợp chuyển dạ kéo dài, việc lấy máu mẹ và lấy máu rốn có thể không xảy ra cùng thời điểm do vậy có sự khác biệt về định lượng HBeAg trong máu mẹ khi lấy máu và khi chuyển dạ. Ngoài ra trường hợp này có thể đã bị nhiễm VRVGB ngay trong tử cung. Lượng kháng nguyên HBeAg trong máu CR và thai nhi không chỉ là kết quả của việc truyền kháng nguyên thụ động từ mẹ sang con qua bánh rau mà còn do gan của đứa trẻ tạo ra. Nguyên nhân có thể do sự sao chép với số lượng lớn của VRVGB ở gan đã trưởng thành của thai nhi ở những tuần cuối của thai kỳ [3].

HBV DNA. Tỷ lệ HBV DNA (+) trong máu CR ở những bà mẹ có nồng độ HBV DNA $\geq 5 \log 10$ copies/mL là 63,3%, cao hơn ở nhóm có nồng độ HBV DNA dưới $5 \log 10$ copies/mL. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$. Chen và cộng sự (2013) cũng đưa ra kết luận tương tự, nồng độ HBV DNA trong máu mẹ ở mức càng cao, nguy cơ con có HBV DNA (+) càng lớn, $p < 0,001$ [4]. Nồng độ HBV DNA cao làm tăng nguy cơ lây truyền lây truyền HBV từ mẹ sang con. Do đó, việc điều trị các thuốc kháng vi rút viêm gan B cho thai phụ để dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con đã được nghiên cứu và khuyến cáo.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ lây truyền dọc VRVGB từ các bà mẹ có HBsAg (+) khi sinh sang con qua xét nghiệm marker nhiễm virus này trong máu CR con là: HBsAg (+): 60,8%, HBeAg (+): 13,3%, HBV DNA (+): 16,7%.

Tỷ lệ lây truyền cao hơn khi mẹ đồng thời có HBsAg(+) và HBeAg(+) với tỷ lệ marker nhiễm virus này trong máu CR con là: HBsAg: 91,9%, HBeAg: 40,5%. Tỷ lệ lây truyền thấp hơn khi mẹ có HBsAg(+) và HBeAg(-) với tỷ lệ marker nhiễm virus này trong máu CR con là: HBsAg: 47,0%, HBeAg: 1,2%. Nồng độ HBV DNA trong máu mẹ càng cao, tỷ lệ HBV DNA (+) trong máu CR con càng lớn, $p < 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2020), "Prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus: guidelines on antiviral prophylaxis in pregnancy: web annex A: systematic review of the efficacy and

- safety of antiviral therapy during pregnancy", pp.
2. **KT Yip, SM Chan, TL Que** (2006), "Immunoprophylaxis of babies borne to hepatitis B carrier mothers". Hong Kong Med J, 12(5), pp. 368-74.
 3. **Yi-Yang Zhu, Ying-Zi Mao, Wei-Ling Wu. et al.** (2010), "Does hepatitis B virus prenatal transmission result in postnatal immunoprophylaxis failure?". Clinical vaccine immunology, 17(12), pp. 1836-1841.
 4. **Tianyan Chen, Jing Wang, Yuling Feng. et al.** (2013), "Dynamic changes of HBV markers and HBV DNA load in infants born to HBsAg (+) mothers: can positivity of HBsAg or HBV DNA at birth be an indicator for HBV infection of infants?". BMC infectious diseases, 13(1), pp. 1-8.
 5. **Lê Đình Vinh Phúc, Huỳnh Hồng Quang** (2016), "Nghiên cứu tỉ lệ và đặc điểm của nhiễm virus viêm gan B ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ từ 20 đến 35 tại trung tâm y khoa Medic thành phố Hồ Chí Minh năm 2015". Tạp chí Y học dự phòng, 8(181), pp. 108-117.
 6. **Phí Đức Long** (2014). Đánh giá đáp ứng tạo kháng thể đối với vắc xin phòng viêm gan B ở trẻ có mẹ mang HBsAg. Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
 7. **Kai-Chi Chang, Mei-Hwei Chang, Chien-Nan Lee. et al.** (2019), "Decreased neonatal hepatitis B virus (HBV) viremia by maternal tenofovir treatment predicts reduced chronic HBV infection in children born to highly viremic mothers". Alimentary pharmacology therapeutics, 50(3), pp. 306-316.
 8. **Chu Thị Thu Hà, Đinh Phương Hòa** (2008), "Hiệu quả của biện pháp phối hợp can thiệp tiêm phòng Globulin miễn dịch và vắc xin viêm gan B cho trẻ trong vòng 24 giờ đầu sau khi sinh tại Hà Nội". Tạp chí Y học dự phòng, 4(96), pp. 24-27.
 9. **IS Elefsiniotis, M Papadakis, G Vlahos. et al.** (2009), "Clinical significance of hepatitis B surface antigen in cord blood of hepatitis B e-antigen-negative chronic hepatitis B virus-infected mothers". Intervirology, 52(3), pp. 132-134.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ TỬY

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, Nguyễn Xuân Hiền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật trong ung thư tuyến giáp thể tửy tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu kết hợp hồi cứu và tiền cứu trên 34 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể tửy được phẫu thuật tại bệnh viện đại học Y Hà Nội từ 1/1/2015 đến 30/06/2020. **Kết quả:** Tất cả bệnh nhân đều được cắt tuyến giáp toàn bộ + vét hạch. Tỉ lệ vét hạch nhóm trung tâm đơn thuần là 58,8%, vét hạch nhóm trung tâm + hạch cổ một bên là 17,6% trong khi vét hạch nhóm trung tâm và hạch cổ hai bên là 23,5%. Tỉ lệ bệnh nhân ở giai đoạn I, II, III lần lượt là 29,4%, 17,6% và 17,6%. Giai đoạn IV chiếm 35,3%. Khàn tiếng và cơn co rút ngón tay chân trong 1 thời gian sau phẫu thuật gặp ở 23,5% và 14,7% trường hợp. Có 1 trường hợp rò bạch huyết sau phẫu thuật chiếm 2,9%. **Kết luận:** Phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể tửy an toàn, hiệu quả

Từ khóa: ung thư tuyến giáp thể tửy, kết quả phẫu thuật

SUMMARY

SURGICAL RESULTS OF MEDULLARY THYROID CANCER

Objective: to evaluate surgical results of medullary thyroid cancer at Hanoi medical university Hospital.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: drnguyenxuanhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022

Subjects and Methods: a retrospective combined with prospective cohort study of 34 medullary thyroid carcinoma patients treated by surgery at Hanoi Medical University Hospital from 1st January 2015 to 30th Jun 2020. **Results:** All patients had undergone total thyroidectomy and lymphnode dissection. The rate of central compartment dissection only, central compartment plus unilateral neck dissection, and bilateral neck dissection were 58.8%, 17.6% and 23.5% respectively. Postoperative stage I, II, III and IV were 29.4%, 17.6%, 17.6% and 35.3%. The most common complications were transient recurrent laryngeal injury and hypoparathyroidism, with the incidence at early post-surgery were 23.5% and 14.7%. Only one patient had chyle leak complication (2.9%). **Conclusion:** Surgery of medullary thyroid carcinoma is safe and effective.

Keyword: medullary thyroid cancer, surgical results

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến giáp là loại ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết (chiếm 90%)¹. Ung thư tuyến giáp gồm 4 thể chính là ung thư thể nhú, ung thư thể nang, ung thư thể nang và ung thư thể không biệt hóa trong đó thể tửy chiếm 3-5%². Ung thư tuyến giáp thể tửy có nguồn gốc từ tế bào C của tuyến giáp, đây là thể bệnh có tiên lượng xấu trong các thể của ung thư tuyến giáp, tỉ lệ sống thêm sau 10 năm đạt 70%³. Trong ung thư tuyến giáp thể tửy tỉ lệ di căn hạch cổ tại thời điểm chẩn đoán lên tới 65%⁴. Thời gian sống thêm trung bình của bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể tửy thấp hơn so với thể nhú hoặc nang⁵. Trong ung thư tuyến giáp nổi