

bệnh nhân có ferritin huyết thanh > 2500ng/ml sau 6 tháng điều trị theo phác đồ (54,17%), có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân bị quá tải sắt có giảm sức cơ tim trước và sau điều trị. Các khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p đều > 0,05.

Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có giảm sức cơ bóp cơ tim và thay đổi nhịp tim trước và sau điều trị không có thay đổi nhiều. Có thể thấy rằng ở bệnh nhân thalassemia, tình trạng quá tải sắt ở những tổ chức tăng dần theo hàng năm. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân được dùng thải sắt thường xuyên và liên tục sẽ góp phần làm giảm đi tình trạng quá tải sắt. Tình trạng quá tải sắt có liên quan mật thiết đến hoạt động của các tổ chức. Nếu bệnh nhân không được điều trị thải sắt, mức độ quá tải sắt tăng sẽ làm tăng biến chứng tại các tổ chức và ngược lại, nếu bệnh nhân được điều trị thải sắt thường xuyên thì mức độ quá tải sắt giảm sẽ góp phần làm giảm các biến chứng ở các tổ chức [7].

#### V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân nam là 53,12%, nữ là 46,88%. Hemoglobin trung bình của nhóm bệnh nhân nam và nữ tương ứng là:  $71,9 \pm 15,4$  và  $77,5 \pm 16,1$

- Deferasirox mg/kg/ngày: 35-50mg/kg/24h kết hợp truyền máu đảm bảo Hb > 100g/l thường xuyên, liên tục có hiệu quả trong duy trì không làm tăng tình trạng quá tải sắt và biến chứng suy tim trên bệnh nhân beta thalassemia.

#### KHUYẾN NGHỊ:

- Quan tâm và có chiến lược cụ thể hơn

nữa để tất cả bệnh nhân thalassemia được điều trị thải sắt thường xuyên, liên tục. Tiếp tục nghiên cứu về hiệu quả điều trị quá tải sắt ở bệnh nhân thalassemia trong thời gian dài hơn và trên nhiều nhóm bệnh nhân thalassemia.

- Cần thực hiện thực hiện các thăm dò chức năng tim, gan cho bệnh nhân thalassemia định kỳ 6 - 12 tháng/lần để chẩn đoán sớm, chính xác mức độ quá tải sắt và theo dõi hiệu quả điều trị thải sắt cho từng người bệnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Taher A, El-Beshlawy A, Elalfy MS, et al (2009).** Efficacy and safety of deferasirox, an oral iron chelator, in heavily iron-overloaded patients with  $\beta$ -thalassaemia the ESCALATOR study. Eur J Haematol, 82(6), page 458- 465
2. **Dudley J, John B P (2014).** A 1-year randomized controlled trial of deferasirox vs deferoxamine for myocardial iron removal in  $\beta$ thalassaemia major (CORDELIA). Blood, 123(10), page 1447-1454.
3. **Bộ Y tế (2016).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. Nhà xuất bản y học.
4. **Galanello R, Eleftheriou A, Traeger synodinos J, et al (2003).** Prevention of thalassemia and other hemoglobin disorder. Thalassemia International ferderation, volum 1.
5. **Manuel A.S, Soledad O.P. (2004).** Diagnosis and Therapy for Diastolic Heart Failure. Rev Esp Cardiol, 57, 570-575.
6. **Little Brown (1964),** Diseases of the Heart and Blood Vessels: Nomenclature and Criteria for Diagnosis. The Criteria Committee of the New York Heart Association, Boston
7. **Park M.K. (2008).** Echocardiology. Pediatric Cardiology for Practitioners
8. **Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt, Phạm Quang Vinh (2012).** Bệnh học nội khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

## THAY LẠI KHỚP HÁNG BẰNG KỸ THUẬT XÂM NHẬP TỐI THIỂU ĐƯỜNG MỔ TRƯỚC: BÁO CÁO 02 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Hồ Mẫn Trường Phú\*, Nguyễn Thanh Long\*, Lê Khánh Linh\*, Nguyễn Đặng Huy Nhật\*

#### TÓM TẮT

Phẫu thuật thay lại khớp háng ngày càng phổ biến và đường mổ sử dụng để thay lại có thể khác nhau dựa trên giải phẫu, tư thế bệnh nhân, kinh nghiệm và thói quen của phẫu thuật viên. Đường mổ lỗi sau thường được các phẫu thuật viên lựa chọn, trong khi y

văn hiện nay có rất ít các bài báo liên quan đến thay lại khớp háng sử dụng đường mổ lỗi trước. Trong bài báo này, chúng tôi trình bày 2 ca lâm sàng thay lại khớp háng bằng kỹ thuật xâm nhập tối thiểu đường mổ lỗi trước cho hai bệnh nhân đã được thay khớp háng toàn phần kỳ đầu bằng đường mổ lỗi sau đi kèm với biến chứng nhiễm trùng nặng nề dai dẳng nhằm nhấn mạnh đến tính khả thi của đường mổ này và đánh giá lại kết quả trên lâm sàng, hình ảnh X quang và sự hài lòng của bệnh nhân.

**Từ khóa:** Thay lại khớp háng, đường mổ trước, phẫu thuật can thiệp tối thiểu.

#### SUMMARY

\*Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Mẫn Trường Phú

Email: bsnttrph@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 3/1/2022

Ngày duyệt bài: 7/2/2022

## REVISION HIP ARTHROPLASTY BY MINI-INVASIVE TECHNIQUE WITH ANTERIOR APPROACH

Revision total hip arthroplasty is becoming more and more popular, the surgical approach can vary based on anatomy, patient position, experience, and surgeon habits. The posterior incision is often chosen by surgeons, while the current literature has very few articles related to revision total hip arthroplasty using anterior incision. In this paper, we present 2 clinical cases revision total hip arthroplasty using minimally invasive anterior incision technique for the two patients who had been treated the primary total hip replacement combined with the disaster complications to discuss the feasibility of this approach and re-evaluate the clinical, X ray imaging and patient satisfaction.

**Key words:** Revision hip arthroplasty, anterior approach, mini-invasive surgery.

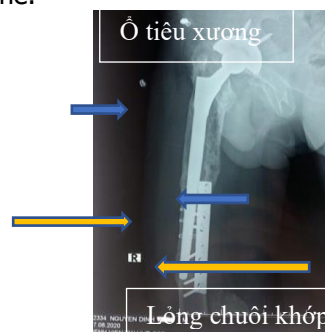
### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần được đánh giá là một trong những phương pháp phẫu thuật thành công nhất hiện nay, tỉ lệ thành công trên 90% các trường hợp thay khớp được theo dõi sau 15 năm [1], tuy nhiên vẫn có những trường hợp thất bại sau thay khớp háng kỳ đầu dẫn đến cần phải phẫu thuật thay lại khớp háng [2]. Tỉ lệ thay lại khớp háng trong vài năm qua tăng lên đáng kể và tỉ lệ thuận với thay khớp háng toàn phần nguyên phát, sự gia tăng này có thể do thay khớp háng toàn phần kỳ đầu được thực hiện rộng rãi hơn ở những bệnh nhân trẻ hơn và năng động hơn, ước tính tăng 137% với 97.000 ca mỗi năm từ năm 2005 đến 2030. Theo trích dẫn của Manrique từ dữ liệu của The National Inpatient Sample (Hoa Kỳ), chỉ định thay lại khớp háng bao gồm lỏng khớp 19.7%; mất vũng 22.5%; nhiễm trùng 14.8%; tiêu xương 13% và gãy quanh chuôi 5% [3][4][5]. Điều quan trọng trong phẫu thuật thay lại khớp háng bất kể sử dụng đường mổ nào chính là thái độ tiếp cận, cách sử dụng các trợ cụ và các phương tiện hỗ trợ một cách hợp lý. Có nhiều đường mổ thay lại khớp háng được thực hiện như đường sau, Hardinge cải tiến, Watson Jones cải tiến, trong đó tiếp cận khớp háng thông qua đường mổ trước được Smith - Petersen mô tả đang trở nên phổ biến với ưu thế giảm thiểu tối đa tổn thương mô mềm, ít mất máu, rút ngắn thời gian nằm viện, mức độ cải thiện vận động và sự lành vết thương sau mổ tốt. Trong bài báo này chúng tôi trình bày 2 ca lâm sàng tại Bệnh viện Trung ương Huế với các biến chứng phức tạp sau thay khớp háng toàn phần kỳ đầu được chỉ định thay lại khớp háng bằng kỹ thuật xâm

nhập tối thiểu đường mổ trước nhằm đề cập đến tính khả thi của đường mổ trước đồng thời đánh giá lại kết quả sau mổ dựa vào sự cải thiện về chức năng trên lâm sàng, hình ảnh X quang và sự hài lòng của bệnh nhân.

### II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

**2.1. Ca lâm sàng thứ nhất:** Bệnh nhân Le Van V., nam, 29 tuổi nhập viện với triệu chứng đau nhiều kèm hạn chế vận động khớp háng phải sau thay khớp toàn phần với đường mổ sau. Khai thác tiền sử, vào tháng 6/2018, bệnh nhân đã khám và điều trị tại một bệnh viện tuyến tỉnh với chẩn đoán hoại tử chỏm xương đùi bên phải và đã được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ sau kèm kết hợp xương nẹp vít xương đùi phải do tai biến gãy xương đùi trong mổ. Sau phẫu thuật 1 năm, bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đau, hạn chế vận động nhiều khớp háng bên phải, bệnh nhân đã đi khám nhiều nơi và chưa có phương án điều trị cụ thể.



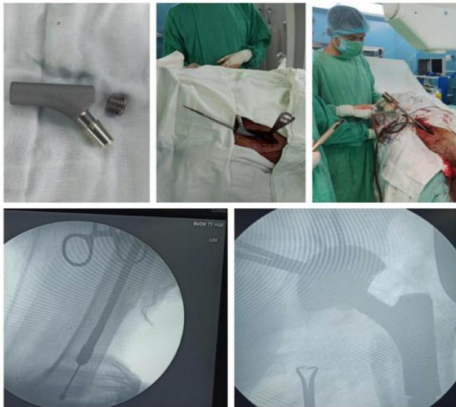
**Hình 1.** Hình ảnh X quang trước mổ



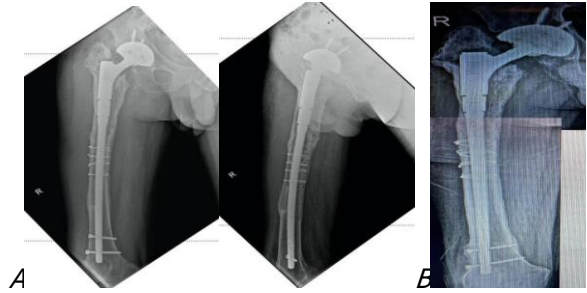
**Hình 2.** Khớp háng cũ được lấy ra

Tháng 8/2020, bệnh nhân đến với chúng tôi tại Bệnh viện Trung Ương Huế với các biểu hiện lâm sàng: đau khớp háng phải, hạn chế vận động khớp háng, điểm Harris: 45 điểm, mất cân bằng chiều dài chi: 2cm, chỉ số khối cơ thể BMI 24,2. Phim X quang cho thấy tình trạng viêm tiêu xương quanh đầu trên xương đùi bên phải (Hình 1, mũi tên xanh); chuôi khớp lún sâu và hình ảnh lỏng khớp quanh chuôi từ vùng 2 đến vùng 7 theo phân chia vùng của Gruen (Hình 1, mũi tên

vàng). Bệnh nhân được chẩn đoán: Lở loét chuôi khớp sau thay khớp háng nhân tạo toàn phần bên phải do nhiễm trùng (trên bệnh nhân kết hợp xương đùi bằng nẹp vít do gãy xương). Sau đó, bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật tháo phương tiện nẹp vít xương đùi phải đồng thời thay lại khớp háng phải bằng kỹ thuật xâm nhập tối thiểu đường mổ lối trước. Cách tiếp cận khớp háng tương tự theo quy trình kỹ thuật của đường mổ thay khớp háng kỳ đầu nhưng với đường rạch da dài hơn 9 - 10cm; tách giữa vách gian cơ (cơ may và cơ căng cân đùi ở lớp nông; cơ thẳng đùi và cơ rộng ngoài ở lớp sâu) để tiếp cận bao khớp trước; cắt bao khớp trước Hình chữ T để bộc lộ hoàn toàn khớp háng bên phải. Đánh giá thực tế trong mổ ổ cối nhân tạo trong lần thay đầu tiên còn vững chắc trong khi chuôi khớp lỏng lẻo nên lấy ra dễ dàng (Hình 2). Chúng tôi quyết định giữ lại ổ cối cũ và chỉ thay lại cấu phần chuôi khớp. Sử dụng chuôi khớp cấu phần dài, các vít chốt chống xoay được bắt ngang ở đầu xa chuôi khớp với hỗ trợ màn hình tăng sáng (Hình 3).



**Hình 3.** Sử dụng cấu phần chuôi khớp dài và chống xoay dưới hướng dẫn màn hình tăng sáng  
 Một đường mổ phụ thứ hai ở 1/3 giữa ngoài xương đùi để lấy bỏ nẹp vít xương đùi. Sau mổ toàn trạng bệnh nhân ổn định, đau nhẹ theo đánh giá thang điểm đau VAS đạt 4 điểm, hai chi dưới bằng nhau. Bệnh nhân được tập phục hồi chức năng tại giường vào ngày thứ 2 sau mổ và tập đi lại có nạng hỗ trợ sau 5 ngày (Hình 5). Kết quả đánh giá chức năng sau mổ Harris 66 điểm (Trung bình); hình ảnh X quang cho thấy các cấu phần khớp đúng vị trí (4A). Sau 3 tháng, bệnh nhân không đau, vết mổ khô, điểm Harris đạt 95 điểm (Rất tốt). Bệnh nhân thể hiện sự hài lòng đạt mức 2 theo đánh giá của Britton [5]. Sau 11 tháng, phim X quang cho thấy hình ảnh can xương vững chắc (Hình 4 B).

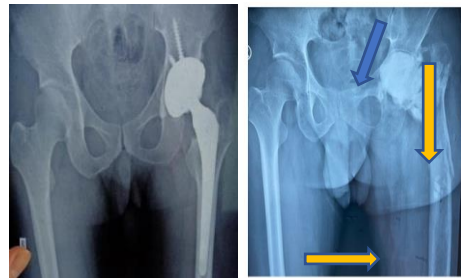


**Hình 4.** Hình ảnh X quang sau mổ (A) và sau 11 tháng (B)



**Hình 5.** Tập vận động phục hồi chức năng sau 5 ngày

**2.2. Ca lâm sàng thứ hai:** Tháng 7/2011, bệnh nhân Le Cao H., nam, 34 tuổi vào viện tuyến trước với chẩn đoán Hoại tử chỏm xương đùi bên trái và đã được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ sau. Khoảng 1 tháng sau mổ, bệnh nhân xuất hiện tình trạng nhiễm trùng và dò rỉ dịch tại vết mổ. Trong 8 năm tiếp theo bệnh nhân đã trải qua 14 cuộc mổ lớn nhỏ để xử lý biến chứng do nhiễm trùng quanh khớp háng tại các bệnh viện khác nhau ở tuyến dưới.



**Hình 6.** Hình ảnh tiêu loãng xương khớp sau mổ 8 năm; **Hình 7.** Tháo bỏ khớp háng nhiễm quanh và đặt kháng sinh xi măng

Đến năm 2020, bệnh nhân đến bệnh viện Trung ương Huế với các biểu hiện lâm sàng: mất vận động khớp háng trái, dò rỉ dịch tại vết mổ cũ; mất cân bằng hai chi dưới với bên trái ngắn hơn bên phải 4 cm. Phim X quang xuất hiện hình ảnh tiêu loãng xương tại vùng 1,2 và vùng 6,7 quanh chuôi khớp theo phân chia của Gruen (Hình 6, mũi tên vàng) và tại vùng II quanh ổ cối

theo phân chia của De Lee và Charnley (Hình 6, mũi tên xanh). Bệnh nhân được chẩn đoán: Nhiễm trùng mạn tính khớp háng bên trái sau thay khớp toàn phần không xi măng. Chúng tôi tiến hành cắt lọc tổ chức nhiễm trùng quanh khớp, ổ cối và chuỗi khớp lỏng lẻo nên lấy ra tương đối dễ dàng; đặt xi măng kháng sinh (Hình 7); lấy dịch tại khớp háng trái làm kháng sinh đồ và các xét nghiệm về Lao. Sau hai lần lấy mẫu dịch và bệnh phẩm làm xét nghiệm, kết quả sinh hóa xác định là Lao khớp háng. Bệnh nhân được hội chẩn liên chuyên khoa và thống nhất điều trị với phác đồ lao khớp liều tấn công kết hợp phẫu thuật tạo hình chuyển vật cơ nhị đầu đùi che phủ khuyết hồng phần mềm vùng khớp háng trái (Hình 8) sau nhiều lần cắt lọc sạch tổ chức nhiễm trùng và đặt máy hút áp lực âm.



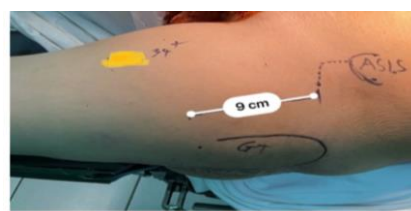
**Hình 8.** Chuyển vật cơ nhị đầu che phủ khuyết hồng phần mềm vùng khớp háng trái.

Sau mổ, tình trạng tại chỗ ổn định: không biểu hiện nhiễm trùng, không viêm dò rỉ dịch và phần mềm quanh khớp háng trái mềm mại. Bệnh nhân tiếp tục dùng thuốc kháng Lao tại nhà. Năm 2021, bệnh nhân nhập viện theo giấy hẹn khám lại định kỳ. Ghi nhận lâm sàng: hạn chế vận động khớp háng trái; vết mổ cũ khô; vật da cơ nhị đầu sống tốt; chân trái ngắn hơn chân phải 4 cm (Hình 9), chỉ số khối BMI : 23,3 .



**Hình 9.** Chân trái ngắn hơn bên phải 4 cm và tình trạng mô mềm trước mổ

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật thay lại khớp háng trái bằng kỹ thuật xâm nhập tối thiểu đường mổ trước, đường rạch da 9cm (Hình 10) dài hơn so với đường mổ trước thường quy 5 - 6cm.



**Hình 10.** Chiều dài đường rạch da

Phẫu tích vào giữa các vách gian cơ để tiếp cận mặt trước khớp háng, tiến hành lấy sạch xi măng cũ trong ống tủy xương đùi, chúng tôi mở cửa sổ xương đùi khoảng 2-3cm để làm sạch ống tủy (cố định lại nắp xương sau đó bằng cột các vòng chỉ thép tăng cường). Các bước kỹ thuật tiếp theo tương tự đường mổ trước khi thay khớp háng lần đầu, khoan doa ổ cối và ống tủy xương đùi, tiến hành thay lại khớp háng toàn phần với cấu phần chuỗi khớp dài có chốt chống dưới hỗ trợ màn hình tăng sáng.

Sau mổ tình trạng bệnh nhân ổn định, vết mổ khô, tập vận động tại giường tuần đầu sau mổ; tập phục hồi chức năng bằng đi lại có hỗ trợ trong tuần tiếp theo; điểm Harris sau mổ 65 điểm (Trung bình); X quang sau mổ tốt. Sau 1 tháng, 3 tháng theo dõi, bệnh nhân không đau, hai chi dưới bằng nhau, vết mổ không rò rỉ dịch, điểm Harris sau mổ 3 tháng đạt 82 điểm (Tốt). Hình ảnh X quang cho thấy khớp háng nhân tạo đúng vị trí (Hình 10 A; B C); có biểu hiện can xương tại vị trí mở cửa sổ xương đùi.



**Hình 11.** Hình ảnh X quang sau mổ (A), sau 1 tháng (B) và sau 3 tháng (C)

#### IV. BÀN LUẬN

Masterson cho rằng không có một đường mổ riêng biệt nào được sử dụng cho tất cả các trường hợp thay lại khớp háng và phẫu thuật viên phải là người làm chủ về kỹ thuật với đường mổ mà mình lựa chọn [6]. Theo Manrique nhận định, đường mổ trước có thể được chỉ định trong thay lại khớp háng và chưa ghi nhận biến chứng nào xảy ra trong y văn; bệnh nhân có chỉ số BMI thấp <30 sẽ lý tưởng cho việc thay lại khớp háng bằng đường mổ trước, phẫu thuật này nên được thực hiện tại các trung tâm có phẫu thuật viên kinh nghiệm và đội ngũ trợ phẫu được đào tạo

bài bản về đường mổ trước, ngoài ra phương tiện trợ cụ đặc thù cho đường mổ trước cũng là một trong những yếu tố quyết định thành công của phẫu thuật, với những trường hợp bộc lộ đầu trên xương đùi khó khăn, phẫu thuật viên nên cân nhắc thực hiện kỹ thuật đục mở cửa sổ xương để thuận lợi cho việc lấy bỏ chuỗi khớp cũ [7]. Qua hai trường hợp lâm sàng được trình bày, chúng tôi có một vài ghi nhận: không có khó khăn hay tai biến đáng kể nào trong quá trình phẫu thuật sử dụng đường mổ lồi trước với kỹ thuật xâm nhập tối thiểu không cắt cơ như các đường mổ khác mà chỉ tách giữa các vách gian cơ vùng mặt trước khớp háng; chỉ định sử dụng đường mổ trước để thay lại đối với các bệnh nhân đã thay khớp háng kỳ đầu bằng đường mổ sau là hoàn toàn hợp lý do các cấu trúc giải phẫu của khớp háng ở phía trước còn nguyên vẹn; chiều dài đường mổ có thể linh động kéo dài lên trên hoặc xuống dưới trong trường hợp thao tác lấy bỏ chuỗi khớp cũ cần phải đục mở cửa sổ xương đùi hoặc lấy bỏ sạch xi măng của lần thay khớp đầu tiên. Ngoài ra, một nghiên cứu ghi nhận rằng, đối với người Châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng, chỉ số BMI thường ở mức Gầy hoặc Bình thường < 25.0 thấp hơn so với chỉ số BMI bình thường nói chung trên thế giới (>25.0 - 30.0)[8], nên chúng tôi cho rằng việc sử dụng đường mổ trước để chỉ định thay khớp háng kỳ đầu cũng như chỉ định thay lại là lựa chọn phù hợp, đúng đắn và cần ưu tiên.

## V. KẾT LUẬN

Thay lại khớp háng có thể được thực hiện thành công thông qua đường mổ trước với cách tiếp cận theo xu hướng can thiệp tối thiểu mang lại nhiều ưu điểm như giảm thiểu tối đa tổn thương mô mềm, phục hồi chức năng sớm, mức

độ cải thiện vận động nhanh chóng qua đó góp phần nâng cao chất lượng điều trị và mang lại sự hài lòng cho bệnh nhân. Hơn nữa, một phẫu thuật viên có kinh nghiệm, được đào tạo bài bản cả về kỹ thuật thay khớp và lĩnh vực tạo hình sẽ định hình một chiến lược điều trị tối ưu, tăng hiệu quả, giảm chi phí đối với các bệnh nhân được phẫu thuật thay lại khớp háng sau thay khớp lần đầu có biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Goodman G.P., Charles A.E., Nitin Goyal (2015).** Revision total hip arthroplasty exposure considerations: Which way in?. *Seminars in arthroplasty*, (26):150 -155.
2. **Kurtz S., Ong K., Lau E., et al (2007).** Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. *The Journal of Bone and Joint Surgery American*, (89):780 - 785.
3. **Bozic K.J., Kurtz S.M., Lau E., et al (2009).** The epidemiology of revision total hip arthroplasty in the United States. *The Journal of Bone and Joint Surgery American*, (91):128- 133.
4. **Kurtz S., Mowat F., Ong K. et al (2005).** Prevalence of primary and revision total hip and knee arthroplasty in the United States from 1990 through 2002. *The Journal of Bone and Joint Surgery American*, (87):1487- 1497.
5. **Britton A.R., Murray W.D., Bulstrode J.C. et al (1997).** Pain levels after total hip replacement. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 78:93 - 98.
6. **Masterson E.L., Masri B.A., Duncan C.P. (1998),** "Surgical approaches in Revision Hip Replacement". *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*; 2(6):84 - 92.
7. **Manrique J., Chen A.F., Heller S. et al (2014),** "Direct anterior approach for revision total hip arthroplasty." *Ann Transl Med*; 2(10):100.
8. **Hồ Mẫn Trường Phú (2018).** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật can thiệp tối thiểu trong thay khớp háng toàn phần không xi măng với đường mổ trước. *Luận văn Tiến sĩ Y học. Học viện Quân Y*; 96 - 97.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN VIÊM GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU

Nguyễn Công Long\*, Nguyễn Thanh Nam\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu với mục tiêu đánh giá đặc điểm lâm sàng, và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm

gan nhiễm mỡ không do rượu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thu nhận 50 bệnh nhân chẩn đoán viêm gan nhiễm mỡ không do rượu thời gian nghiên cứu từ 01/2019 to 7/2020 tại trung tâm Tiêu hóa-Gan mật bệnh viện Bạch mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình khi chẩn đoán bệnh nhóm nghiên cứu là 47 tuổi, 23(45.1%) là nam. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là mệt mỏi, chướng bụng, đau bụng với tỷ lệ gặp lần lượt là 58,8%, 35,3% and 13,7%. 100% các bệnh nhân có tăng nồng độ alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST) và GGT. Phần

\**Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai*  
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long  
 Email: nguyenconglongbvbvbm@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 4.01.2022  
 Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022  
 Ngày duyệt bài: 7.3.2022