

G6PD và các tỉnh, thành phố với $p=0,002$ (Bảng 4). Các biến còn lại: tuổi thai, cân nặng lúc sinh, phương pháp sinh và dân tộc sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh chưa ghi nhận có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu men G6PD ở trẻ sơ sinh sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ là 1,67%, có mối liên quan mang ý nghĩa thống kê giữa thiếu men G6PD với giới tính và nơi cư trú có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết nghiên cứu sẽ góp phần tầm soát sớm bệnh lý G6PD giúp gia đình điều trị sớm các triệu chứng và cải thiện chất lượng sống của trẻ bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Vũ Chương, Lê Thị Ngọc Dung (2009), Đặc điểm tể học thiếu men Glucose - 6 - phosphate dehydrogenase ở trẻ sơ sinh được sinh ra tại tỉnh Ninh Thuận, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, số 1(13), tr.1-9.
2. Ngô Thị Bình Minh, Phạm Thanh Long, Lê Minh Khôi và cộng sự (2021), Nghiên cứu khảo sát tỉ lệ bất thường của xét nghiệm sàng lọc sơ sinh tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, số 25(2), tr.157-162.
3. Arain Y. H. and Bhutani K. V. (2014), Prevention of Kernicterus in South Asia: role of neonatal G6PD deficiency and its identification,

- Indian J Pediatr, 81 (6);599-607.
4. Castro S, Weber R, Dadalt V, Tavares V, Giugliani R. (2006), Prevalence of G6PD deficiency in newborns in the south of Brazil. J Med Screen.;13(2):85-6.
 5. Chunyun Fu, Shiyu Luo, Qifei Li and et al. (2018), Newborn screening of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in Guangxi, China: determination of optimal cutoff value to identify heterozygous female neonates, Nature. 8:833
 6. Elella, S. A., Tawfik, M., Barseem, N., & Moustafa, W. (2017), Prevalence of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in neonates in Egypt, Annals of Saudi medicine, 37(5), 362–365.
 7. Iranpour R, Hashemipour M, Talaei SM, Soroshnia M, Amini A. (2008), Newborn screening for glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in Isfahan, Iran: a quantitative assay. J Med Screen;15(2), pp.62-4. doi: 10.1258/ jms.2008.008027.
 8. Jalloh A, Tantular I S, Pusarawati S and et al. (2004), Rapid epidemiologic assessment of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in malaria-endemic areas in Southeast Asia using a novel diagnostic kit, Trop Med Int Health, 9 (5); 615-623.
 9. Lauden, S. M., Chongwain, S., Achidi, A., Helm, E., Cusick, S. E., Krug, A., Slusher, T. M., & Lund, T. C. (2019), Prevalence of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in Cameroonian blood donors. BMC research notes, 12 (1), 195.
 10. Ruwende C and Hill A. (1998), Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency and malaria, Journal of molecular medicine, 76 (8): 581-588.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SAU 3 THÁNG SỬ DỤNG LIỆU PHÁP TẾ BÀO GỐC TỦY XƯƠNG TỰ THÂN HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TEO MẬT BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Bùi Thị Hương Thùy*, Nguyễn Phạm Anh Hoa*, Bạch Thị Ly Na*, Đỗ Văn Đô*,
Bùi Thị Kim Oanh*, Lê Thị Kim Ngân*, Lê Thị Hồng*, Phạm Duy Hiền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả sớm của liệu pháp tế bào gốc (TBG) tủy xương tự thân hỗ trợ điều trị bệnh teo mật bẩm sinh (TMBS) tại bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu loạt ca bệnh, gồm 31 bệnh nhân chẩn đoán TMBS được điều trị phẫu thuật Kasai kết hợp với truyền TBG tủy xương tự thân tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 5/2021 đến tháng 4/2022. **Kết quả:** Trong 31 bệnh nhân nghiên cứu có 1 bệnh nhân không tuân thủ nghiên cứu tại thời điểm 3 tháng

sau phẫu thuật. Tỷ lệ nam : nữ xấp xỉ 1:1. Tuổi trung bình khi phẫu thuật là 78,8 ngày tuổi. 100% bệnh nhân có triệu chứng vàng da và phân bạc màu trước điều trị, triệu chứng này giảm có ý nghĩa thống kê sau điều trị 3 tháng với $p < 0,001$. Giá trị Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp, ALP, GGT trước điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với thời gian sau điều trị 3 tháng ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,05$). Tại thời điểm 3 tháng sau điều trị, có 40% bệnh nhân thoát mật hoàn toàn; 61,29% bệnh nhân có nhiễm trùng đường mật. APRI trước và sau điều trị là 0,82 và 1,16 ($p > 0,05$), điểm PELD trung bình trước và sau điều trị là 9,26 và 3,83 ($p < 0,05$). **Kết luận:** Có sự cải thiện đáng kể về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và điểm PELD sau liệu pháp TBG tủy xương tự thân hỗ trợ điều trị bệnh TMBS. Chúng tôi sẽ tiếp tục tiến hành nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi trong thời gian dài hơn, để đánh giá được hiệu quả của liệu pháp này.

Từ khóa: Teo mật bẩm sinh, tế bào gốc tủy xương tự thân, kết quả điều trị.

*Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Thùy

Email: buihuongthuy87@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.6.2022

Ngày duyệt bài: 13.6.2022

SUMMARY**POST-3-MONTH EVALUATION OF AUTOLOGOUS STEM CELL TRANSPLANT IN THE TREATMENT OF BILIARY ATRESIA IN VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL**

Objective: to evaluate the early outcome of the autologous stem cell transplant (ASCT) in the treatment of biliary atresia (BA) in Vietnam National Children's Hospital. **Subjects and methods:** this is a prospective case-series, enrolled 31 patients diagnosed with BA, they were treated with Kasai surgery in combination with ASCT in Vietnam National Children's Hospital from May 2021 to April 2022. **Results:** 31 patients were enrolled in the study, amongst those there was only 1 patient who did not fully follow the research. The ratio of male: female was 1:1. The mean age at the time of surgery is 78.8 days old. Prior to the treatment, 100% of the patient had jaundice and white or pale stool; both of these two signs were reduced at 3 months post-op, respectively ($p < 0.001$). There is a statistically significant difference in the level of total bilirubin, conjugated bilirubin, ALP and GGT between pre-op and 3-month-post-op ($p < 0.01$, $p < 0.01$, $p < 0.01$ and $p < 0.05$, respectively). At 3-month post-op, 40% of the patients had complete bile flow, 61.29% of the patients suffered from cholangitis. The median of APRI score of the pre and post-op was 0.82 and 1.16, respectively ($p > 0.05$); the mean PELD score of the pre-surgery and post-surgery was 9.26 and 3.83, respectively ($p < 0.05$). **Conclusion:** there is a significant improvement in the clinical manifestation, laboratory findings and PELD score after the ASCT in the treatment of BA. In the future, we would like to conduct a similar research with a bigger population and longer follow-up duration in order to fully evaluate the outcome of this therapy.

Keywords: biliary atresia; autologous stem cell therapy; outcome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TMBS là một bệnh lý gan mật nặng ở trẻ nhỏ, được đặc trưng bởi quá trình viêm tiến triển của đường mật trong và ngoài gan, dẫn đến xơ hóa và tắc nghẽn đường mật. Phương pháp điều trị tối ưu với bệnh TMBS là phẫu thuật Kasai, tuy nhiên quá trình xơ hóa gan vẫn diễn ra từ từ sau phẫu thuật và 70-80% bệnh nhân cần ghép gan sau này. Vì thế cần có liệu pháp điều trị hỗ trợ để hạn chế quá trình xơ hóa của gan và các biến chứng của bệnh TMBS. Việc sử dụng liệu pháp TBG hỗ trợ bệnh lý xơ gan tiến triển nói chung và TMBS nói riêng đang là một liệu pháp mới, hứa hẹn nhiều tiềm năng cho trẻ TMBS có thêm cơ hội sống.

Hiện nay trên thế giới và Việt Nam mới có một vài nghiên cứu về ứng dụng TBG ở các trẻ bệnh TMBS. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nhằm nhận xét kết quả

điều trị sớm của liệu pháp TBG tùy xương tủy thân hỗ trợ điều trị bệnh TMBS tại bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.**

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 5 năm 2021 đến tháng 4 năm 2022 tại Bv Nhi Trung ương.

2.2. Đối tượng nghiên cứu**• Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Được chẩn đoán xác định teo đường mật bẩm sinh trong phẫu thuật.

- Kết quả sinh thiết gan chẩn đoán xác định TMBS

- Có sự chấp thuận của người giám hộ trực tiếp.

• Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật Kasai trước khi tham gia vào nghiên cứu.

- Bệnh nhân có các bệnh lý rối loạn chuyển hóa bẩm sinh, bệnh di truyền, các rối loạn nhiễm sắc thể, có tổn thương hệ thần kinh trung ương.

- Bệnh nhân có tiền sử được nuôi dưỡng tĩnh mạch 2 tuần trước phẫu thuật.

- Bệnh nhân có tắc ruột hoặc các bất thường về ruột, tình trạng nhiễm trùng

- Không thu thập được các mẫu bệnh phẩm hoặc các chỉ tiêu nghiên cứu.

- Không theo dõi và điều trị theo đúng protocol nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca bệnh.

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn được thu tuyển vào nghiên cứu.

2.4. Xử lý số liệu:

- Thông tin của đối tượng được trích từ bệnh án, mã hóa để đảm bảo bí mật. Các nội dung thu thập được làm sạch, sau đó được nhập và quản lý vào máy vi tính bằng phần mềm Microsoft Excel.

- Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Stata.

- **2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài đã được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Nhi Trung ương tại quyết định số 1417/BVNTƯ-HĐĐĐ ngày 25/08/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.**

Trong 31 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ nam: nữ xấp xỉ 1:1. Tuổi bệnh nhân khi nhập viện trung bình là $70,1 \pm 14,8$ ngày tuổi. Tuổi bệnh nhân khi phẫu thuật trung bình là $78,8 \pm 12,6$ ngày tuổi (nhỏ nhất là 55 ngày tuổi và lớn nhất là 100 ngày tuổi).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu sau 3 tháng phẫu thuật Kasai và điều trị bằng khối tế bào gốc tủy xương.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trước, sau phẫu thuật Kasai và điều trị bằng khối tế bào gốc tủy xương.

Đặc điểm	Trước điều trị (n=31)		Sau điều trị 3 tháng (n=30)		P
	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	
Vàng da	31	100	18	60,0	<0,001
Phân nhạt màu	31	100	6	20,0	<0,001
Gan to	31	100	30	100	-
Lách to	21	67,7	28	93,3	<0,01

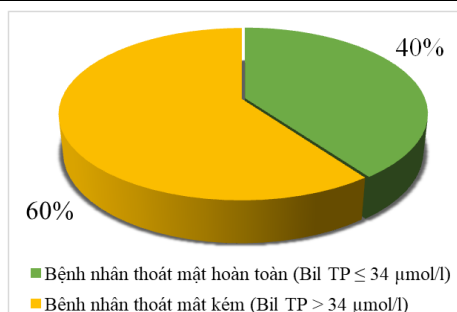
Nhận xét: triệu chứng vàng da, phân nhạt màu thay đổi sau 3 tháng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Triệu chứng lách to tăng lên sau 3 tháng điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 2: Chỉ số xét nghiệm của bệnh nhân trước, sau phẫu thuật Kasai và điều trị bằng khối tế bào gốc

Đặc điểm	Trước điều trị (n=31)		Sau điều trị 3 tháng (n=30)		P
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn (Min-Max)	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	Trung bình ± Độ lệch chuẩn (Min-Max)	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	
Bilirubin toàn phần ($\mu\text{mol/l}$)	171,9±49,7 (101-280,4)			57 (18,9-142,6)	<0,01*
Bilirubin trực tiếp ($\mu\text{mol/l}$)		92,9 (76-110,1)		32,4 (10,8-77,5)	<0,01*
AST (U/L)		180,8 (124-293,1)		147,9 (129,6-253,5)	>0,05
ALT (U/L)		100,1 (64,8-182,7)		148,2 (89,6-228,5)	>0,05
GGT (U/L)	619,7±417,2 (83,4-1534,7)		1146,1±665,5 (164,2-2911,2)		<0,01
ALP (U/L)		631 (472-724)	451,9±174,3 (226-776,9)		<0,05

Nhận xét: Chỉ số Bil TP trước và sau điều trị lần lượt là 117,9 và 57 ($\mu\text{mol/l}$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$. Sự thay đổi chỉ số AST/ ALT trước và sau phẫu thuật 3 tháng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Chỉ số GGT, ALP có sự thay đổi trước và sau phẫu thuật 3 tháng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Biểu đồ 1: Tỷ lệ thành công sau phẫu thuật và điều trị bằng khối TBG tủy xương

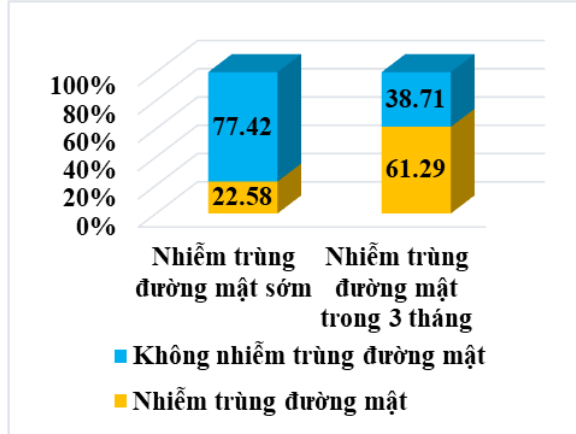


Nhận xét: Tỷ lệ điều trị thành công tại thời điểm sau phẫu thuật và điều trị bằng khối tế bào gốc tủy xương là 40%.

Bảng 3: Điểm APRI, PELD của bệnh nhân trước, sau phẫu thuật Kasai và điều trị bằng khối tế bào gốc.

Đặc điểm	Trước điều trị (n=31)		Sau điều trị 3 tháng (n=30)		p
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn (Min-Max)	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	Trung bình ± Độ lệch chuẩn (Min-Max)	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	
APRI		0,82 (0,49-1,19)		1,16 (0,64-1,51)	>0,05
PELD		5,89 (3,69-11,84)	3,83±9,19 (-12,19-24,4)		<0,05

Nhận xét: Khoảng trung vị của điểm APRI trước và sau điều trị 3 tháng là 0,82 và 1,16, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điểm PELD trung bình sau điều trị là 3,83, khoảng trung vị trước điều trị là 5,89, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm trùng đường mật sau phẫu thuật Kasai và điều trị bằng khối tế bào gốc tủy xương.

Nhận xét: Sau 1 tháng điều trị có 7 bệnh nhân có nhiễm trùng đường mật chiếm 22,58%, sau 3 tháng điều trị có 19 bệnh nhân, chiếm 61,29%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam/ nữ 1,1/1. Tuổi trung bình khi trẻ nhập viện là 70 ngày tuổi. Tuổi trung bình cho đến khi tiến hành phẫu thuật là 79 ngày tuổi, cao hơn so với tác giả Emad Hamdy Gad là 65 (30-135) ngày [5], tương đương với tác giả Phạm Thị Hải Yến là 81 ngày [4]. Kết quả này có thể do tại Việt Nam bệnh TMBS còn chưa được quan tâm nhiều tại các cơ sở y tế địa phương, hơn nữa triệu chứng vàng da của trẻ có thể bị nhầm lẫn với vàng da sinh lý kéo dài, dẫn đến chậm trễ trong việc chẩn đoán.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu sau phẫu thuật Kasai và điều trị bằng khối tế bào gốc tủy xương. Theo kết quả nghiên cứu, 100% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu tại thời điểm chẩn đoán đều có triệu chứng vàng da, phân nhạt màu. Kết quả này phù hợp với tác giả Bạch Thị Ly Na là 100%, [1]. Sau 3 tháng điều trị, tỷ lệ bệnh nhân còn vàng da và phân nhạt màu là 60% và 20%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này cho thấy triệu chứng vàng da sẽ cải thiện chậm hơn và màu phân sẽ thay đổi sớm. Từ bảng 1 chúng tôi cũng đã ghi nhận triệu

chứng lách to tăng lên sau điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Triệu chứng này phù hợp với quá trình xơ hóa gan vẫn tiếp tục tiến triển. Kết quả này tương tự với tác giả Hoàng Thị Xuyên, với 100% bệnh nhân có gan to, và 54,8% bệnh nhân có lách to [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có Bilirubin toàn phần trước điều trị có giá trị trung bình là 171,9 $\mu\text{mol/l}$, sau điều trị 3 tháng Bilirubin có khoảng trung vị là 57 $\mu\text{mol/l}$. Sự thay đổi này là khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Sharma và cộng sự [9]. Chỉ số GGT trước điều trị có khoảng trung vị là 584,7 U/L, phù hợp với nghiên cứu của tác giả Liu cho thấy mức tăng của GGT hơn 300 U/L ở những bệnh nhân dưới 10 tuần tuổi được chẩn đoán TMBS có độ chính xác đến 85% [8]. Và sau điều trị 3 tháng, chỉ số GGT tăng 1146,1, sự gia tăng này được giải thích không chỉ đơn thuần bằng sự tắc nghẽn đường mật sau phẫu thuật, mà còn bởi quá trình xơ hóa tiến triển liên tục của gan. ALP rất có giá trị trong chẩn đoán tình trạng ứ mật do ALP có thể tăng ngay khi chỉ có một vài ống mật nhỏ bị tắc nghẽn và thậm chí cả khi nồng độ bilirubin trong máu chưa tăng.

Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị thành công sau 3 tháng là 40% với bilirubin toàn phần $\leq 34\mu\text{mol/l}$. Tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Damla Hanaliođlu là 64,8%, cao hơn nghiên cứu của tác giả Emad Hamdy Gad là 33,7% [6] [5]. Điều này có thể giải thích do cỡ mẫu của nhỏ, chưa đủ đại diện cho nhóm nghiên cứu, cần có thời gian theo dõi dài hơn với cỡ mẫu lớn hơn, để đánh giá được hiệu quả điều trị của TBG tủy xương tự thân hỗ trợ điều trị bệnh TMBS.

Sử dụng chỉ số APRI trên lâm sàng rất hữu ích cho đánh giá mức độ xơ gan tại thời điểm chẩn đoán cũng như dùng để theo dõi mức độ xơ gan của bệnh nhân sau mổ TMBS. Theo kết quả tại bảng 3, khoảng trung vị của điểm APRI trước và sau mổ là 0,82 và 1,16 ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với tác giả Phạm Thị Hải Yến, tác giả thấy xu hướng điểm APRI tăng dần theo thời gian [4]. Điều này được giải thích do TMBS là bệnh xơ hóa gan tiến triển, quá trình xơ hóa vẫn tiếp tục diễn ra ngay cả khi quá trình điều trị thành công. Cũng theo kết quả của bảng 3, chúng tôi thấy chỉ số PELD có khoảng trung vị trước điều trị là 5,89 và giá trị trung bình sau điều trị là 3,83, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm PELD sau điều trị thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Hải Yến là 6,56, và tác

giả Nguyễn Huy Toàn với nhóm bệnh nhân còn sống sau phẫu thuật 6 tháng là 4,5 [4] [2]. Điều này rất có ý nghĩa với kỳ vọng TBG tủy xương sẽ giúp cải thiện nguy cơ tử vong và góp phần giảm nhu cầu ghép gan của bệnh nhân TMBS.

Nhiễm trùng đường mật (NTĐM) sớm trong nghiên cứu của chúng tôi xảy ra trong khoảng thời gian 1 tháng sau phẫu thuật. NTĐM sớm đã được công nhận là yếu tố thúc đẩy quá trình xơ gan tiến triển với tác động bất lợi đáng kể đến khả năng sống sót ngắn hạn. Biểu đồ 2 cho thấy tỉ lệ NTĐM sớm là 22,58%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn của tác giả Kyong Ihn là 43,2% và tác giả Phạm Thị Hải Yến là 50,4% [7][4]. NTĐM thường xảy ra trong năm đầu tiên sau phẫu thuật, tần suất được ghi nhận là 40-80%. Từ kết quả ở biểu đồ 2 cho thấy, tính đến thời điểm sau điều trị 3 tháng, có 61,29% bệnh nhân có NTĐM. Kết quả này phù hợp với tần suất NTĐM của các nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Có sự cải thiện đáng kể về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và điểm PELD sau liệu pháp TBG tủy xương tự thân hỗ trợ điều trị bệnh TMBS. Chúng tôi sẽ tiếp tục tiến hành nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi trong thời gian dài hơn, để đánh giá được hiệu quả của liệu pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bách Thị Ly Na (2016)**, Nhận xét một số biến chứng thường gặp và kết quả điều trị bệnh nhân

teo mật bẩm sinh sau phẫu thuật Kasai tại bệnh viện Nhi Trung Ương, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

2. **Nguyễn Huy Toàn, Phạm Duy Hiền (2021)**, "Cắt xơ rốn gan rộng rãi trong phẫu thuật Kasai điều trị teo đường mật bẩm sinh". Tạp chí Y học Việt Nam. 508(2).
3. **Hoàng Thị Xuyên (2013)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phân loại và tỷ lệ nhiễm Cytomegalovirus ở bệnh nhân teo đường mật bẩm sinh, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Phạm Thị Hải Yến (2019)**, Nghiên cứu kết quả và một số yếu tố liên quan đến kết quả dẫn lưu mật sau phẫu thuật Kasai trên bệnh nhân teo mật bẩm sinh, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Gad EH, et al. (2021)**, "Short- and long-term outcomes after Kasai operation for type III biliary atresia: Twenty years of experience in a single tertiary Egyptian center-A retrospective cohort study". Ann Med Surg. 62 pp.302-14.
6. **Hanalioglu D, et al. (2019)**, "Revisiting long-term prognostic factors of biliary atresia: A 20-year experience with 81 patients from a single center". Turkish J Gastroenterol. 30(5) pp.467.
7. **Ihn K, Ho IG, Chang EY, Han SJ (2018)**, "Correlation between gamma-glutamyl transpeptidase activity and outcomes after Kasai portoenterostomy for biliary atresia". J Pediatr Surg. 53(3) pp.461-7.
8. **Liu CS, Chin TW, Wei CF. (1998)**, "Value of gamma-glutamyl transpeptidase for early diagnosis of biliary atresia". Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei). 61(12) pp.716-20.
9. **Sharma S, Kumar L, Mohanty S, Kumar R, Datta Gupta S, Gupta DK. (2011)**. "Bone marrow mononuclear stem cell infusion improves biochemical parameters and scintigraphy in infants with biliary atresia". Pediatr Surg Int. 27(1) pp.81-9.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ PHÂN BỐ CA LỘC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh*, Đinh Thị Kim Dung**

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 186 người bệnh lọc máu chu kỳ tại Đơn nguyên thận nhân tạo Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2022. Người bệnh > 18 tuổi, thời gian lọc máu chu kỳ > 3 tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu. Công cụ thu thập thông tin là bộ câu hỏi được thiết kế dựa trên nội

dung và biến số nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi thấp nhất là 19, tuổi cao nhất là 91, tuổi trung bình là 60 ±16,3. NB nam 47,3%, nữ 52,7%. 26,9% NB có thời gian lọc máu < 1 năm, 18,2% NB có thời gian lọc máu > 10 năm. Nguyên nhân gây suy thận mạn: 41,9% do tăng huyết áp, 22,6% do đái tháo đường. Các bệnh mắc kèm: 95,7% kèm tăng huyết áp, thiếu máu gập 79,6%, suy tim gập 48,4%, đái tháo đường gập 29%, 64,2% có cường cận giáp, 14% mắc viêm gan virus mạn. Triệu chứng lâm sàng: 14% có biểu hiện khó thở liên tục trước lọc, sau lọc còn 3,2%. Triệu chứng ho có 15,1% NB trước lọc, sau lọc máu có 3,2%. Có 36,6% bệnh nhân có triệu chứng phù trước lọc máu, sau lọc máu còn 12,9%. Triệu chứng da khô trước lọc có 7,5%, sau lọc là 11,8%. Trước lọc có 37,6% NB có biểu hiện chuột rút, sau lọc là 41,9%. Có 11,8% NB có biểu hiện

*Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

**Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh

Email: quynhsaintpaul@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 10.6.2022

Ngày duyệt bài: 21.6.2022