

điều trị thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).

- Buồn nôn độ 1 (19,6%); nôn độ 1 (5,9%); rụng tóc (3,9%) thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).

- Viêm thực quản độ 1-2 (60,8%); viêm niêm mạc hô hấp độ 1 (41,2%); viêm niêm mạc miệng độ 1 (13,7%); tổn thương thần kinh ngoại biên (13,7%); hội chứng bàn tay bàn chân (13,7%); ỉa chảy ở độ 1 (9,8%) tương đương với nhóm chứng.

\*Biến chứng muộn do xạ trị có tỷ lệ tương đương với nhóm chứng:

- Chít hẹp thực quản chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,4% ở độ 1, 2% ở độ 2.

- Xơ phổi ở độ 1, chiếm 5,9%.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 102 bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn II-III không có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa và Bệnh viện K từ tháng 02/2016, sử dụng hoá xạ trị đồng thời phác đồ FOLFOX (nhóm nghiên cứu) hoặc CF (nhóm chứng) cùng với xạ trị tổng liều 50Gy theo hình thức ghép cặp, kết quả cho thấy: phác đồ FOLFOX so với phác đồ CF cho hiệu quả tương đương về tỷ lệ đáp ứng, thời gian sống thêm toàn bộ cũng như sống thêm không tiến triển và có phần trội hơn trên nhóm bệnh nhân giai đoạn muộn; đồng thời phác đồ FOLFOX ít ảnh hưởng lên toàn trạng, chức năng thận và ít

gây buồn nôn, nôn, rụng tóc một cách rõ rệt so với phác đồ CF.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sung H, Ferlay J** và cộng sự. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA CANCER J CLIN. 2021;(71):209-249.
- NCCN**. Esophageal and Esophagogastric Junction cancers. NCCN Guidelines version 2.2022. 2022.
- Bùi Quang Huy**. Đánh giá kết quả xạ trị điều biến liều thể tích hình cung (VMAT) kết hợp hóa trị trong ung thư thực quản 1/3 giữa dưới giai đoạn cT3,4N0-2M0. Đại học Y Hà Nội; 2020.
- Conroy T** và cộng sự. Definitive chemoradiotherapy with FOLFOX versus fluorouracil and cisplatin in patients with oesophageal cancer (PRODIGE5/ACCORD17): final results of a randomised, phase 2/3 trial. Lancet Oncol 2014;15:305-314.
- Nguyễn Đức Lợi**. Đánh giá hiệu quả phác đồ hoá xạ trị đồng thời và một số yếu tố tiên lượng ung thư biểu mô thực quản giai đoạn III,IV tại Bệnh viện K. Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
- Hàn Thị Thanh Bình**. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư biểu mô thực quản tại Bệnh viện K giai đoạn 1998-2004. Đại Học Y Hà Nội; 2004.
- Honing J** và cộng sự. A comparison of carboplatin and paclitaxel with cisplatin and 5-fluorouracil in definitive chemoradiation in esophageal cancer patients. Ann Oncol. 2014;25(3):638.
- Zhang P** và cộng sự. Concurrent cisplatin and 5-fluorouracil versus concurrent cisplatin and docetaxel with radiotherapy for esophageal squamous cell carcinoma: a propensity score-matched analysis. Oncotarget. 2016;7(28).

## KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ D-DIMER Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI NẪM VIỆN CÓ NGUY CƠ HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU

Nguyễn Nhị Đệ<sup>1</sup>, Vũ Quang Huy<sup>1</sup>, Võ Thành Toàn<sup>2</sup>, Trương Công Duẩn<sup>3</sup>, Nguyễn Quang Đăng<sup>2</sup>, Trần Thuỳ Lân<sup>1</sup>, Phan Nguyễn Thanh Vân<sup>4</sup>.

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân cao tuổi (BNCT) điều trị nội trú. Chẩn đoán và điều trị sớm HKTMS làm gia tăng tỉ lệ sống còn. Trong đó, nồng độ D-dimer có độ nhạy cao 94-96% ở hầu hết bệnh nhân bị HKTMS. HKTMS ít gặp ở lứa tuổi dưới 40 nhưng gặp

nhều ở những người trên 60 tuổi. **Mục tiêu:** Xác định nồng độ D-dimer trung bình và mối liên quan giữa nồng độ D-dimer, siêu âm doppler ở BNCT chẩn đoán HKTMS với các đặc điểm bệnh lý tại Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng - phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang từ tháng 01 đến tháng 5/2022 trên 260 BNCT nhập viện điều trị nội trú có nguy cơ HKTMS (có điểm Wells  $\geq 1$  điểm) tại Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Nồng độ D-dimer của bệnh nhân mắc HKTMS có trung vị là 3106,5 ng/ml và cao gấp khoảng 1,5 lần so với không mắc HKTMS; kèm siêu âm doppler dương tính 36/260 bệnh nhân (tương đương 13,85%). Có mối liên quan giữa nồng độ D-dimer với nhóm tuổi, bệnh tim mạch và chấn thương ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Bệnh nhân có điểm Wells  $\geq 1$  điểm; nồng độ D-dimer ( $> 500$  ng/ml) kèm siêu âm doppler dương tính có giá trị tiên đoán HKTMS. Tuổi và bệnh lý đi

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

<sup>4</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nhị Đệ

Email: thienxuan970099@gmail.com

Ngày nhận bài: 31.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2022

Ngày duyệt bài: 29.7.2022

kèm là yếu tố tác động đến HKTMS ở BNCT nằm viện điều trị nội trú.

**Từ khóa:** nồng độ D-dimer, bệnh nhân cao tuổi nằm viện điều trị nội trú, huyết khối tĩnh mạch sâu.

## SUMMARY

### D-DIMER LEVELS SURVEYED IN ELDERLY HOSPITALIZED PATIENTS AT RISK OF DEEP VEIN THROMBOSIS

**Background:** Deep vein thrombosis (DVT) is the leading cause of death in elderly patients (DEPs) for inpatient treatment. Early diagnosis and treatment of DVT increases survival rates. In particular, D-dimer levels have a high sensitivity of 94-96% in most patients with DVT. DVT is rare in under-40s but more common in people over the age of 60. **Objective:** Identifying the average D-dimer concentration and the association between D-dimer levels, doppler ultrasound in DVT diagnostic DEPs with pathological characteristics at Ho Chi Minh City Thong Nhat hospital. **Methods:** Cross-sectional study from January to May 2022 on 260 DEPs hospitalizations for inpatient treatment at risk of DVT (with Wells score  $\geq 1$  point) at Ho Chi Minh City Thong Nhat hospital. **Results:** D-dimer levels of patients with DVT were median at 3106.5 ng/ml and about 1.5 times higher than those without DVT; with positive doppler ultrasounds of 36 out of 260 patients (or 13.85%). There was an association between D-dimer levels and age groups, cardiovascular disease and trauma ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The patient has a Wells score of  $\geq 1$  point; D-dimer levels ( $> 500$  ng/ml) with positive doppler ultrasound have a DVT predictive value. Age and accompanying pathologies are factors affecting DVT in DEPs hospitalization for inpatient treatment.

**Keywords:** D-dimer levels, elderly patients hospitalized for inpatient treatment, deep vein thrombosis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân cao tuổi nội trú. Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (HKTMS) là một gánh nặng toàn cầu với khoảng 10 triệu trường hợp xảy ra hàng năm, là bệnh lý mạch máu đứng hàng thứ ba sau nhồi máu cơ tim cấp và đột quỵ<sup>(1)</sup>. HKTMS ít gặp ở lứa tuổi dưới 40 nhưng gặp nhiều ở những người trên 60 tuổi<sup>(2)</sup>.

Chẩn đoán và điều trị sớm HKTMS làm gia tăng tỉ lệ sống còn. Trước đây, chụp tĩnh mạch cản quang được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán HKTMS nhưng ngày nay kỹ thuật này đã được thay thế bằng các kỹ thuật không hoặc ít xâm lấn hơn như: chụp tĩnh mạch, cộng hưởng từ, chụp cắt lớp, siêu âm doppler, D-dimer,...<sup>(3,4)</sup>. Trong đó, nồng độ D-dimer có độ nhạy cao 94-96% ở hầu hết bệnh nhân bị HKTMS. Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu đánh giá HKTMS ở bệnh nhân cao tuổi tuy nhiên chưa có sự đồng nhất về nhóm đối tượng, độ tuổi,... trong các kết

quả nghiên cứu. Đặc biệt là tại Thành phố Hồ Chí Minh một trong những thành phố phát triển nhất cả nước, nơi tập trung nhiều các bệnh viện và phòng khám chăm sóc sức khỏe người dân. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu với tên đề tài này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân cao tuổi nhập viện điều trị nội trú có nguy cơ HKTMS tại Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh.

**Tiêu chí chọn vào.** Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, nhập viện điều trị nội trú có nguy cơ HKTMS vào thời điểm nghiên cứu; Bệnh nhân có điểm Wells  $\geq 1$  điểm<sup>(5)</sup>; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Bảng 1: Đánh giá nguy cơ HKTMS dựa vào thang điểm Wells

Tiêu chuẩn lâm sàng	Điểm
Bệnh lý ác tính tiến triển (trong vòng 6 tháng, đang điều trị hoặc chăm sóc giảm nhẹ)	1
Liệt hay mới bỏ bột	1
Nằm liệt giường >3 ngày; phẫu thuật lớn $\leq 4$	1
Đau dọc tĩnh mạch sâu	1
Sưng toàn bộ chân	1
Sưng bắp chân 1 bên > 3 cm	1
Có tuần hoàn bàng hệ của các tĩnh mạch nông (không phải là chứng giãn tĩnh mạch)	1
Phù lõm	1
Tiền sử được chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu	1
Có chẩn đoán khác thay thế, ít nguy cơ bị HKTMS	-2

**Tiêu chí loại ra.** Bệnh nhân có tiền sử bị HKTMS hoặc thuyên tắc phổi trước đây; Bệnh nhân nhiễm trùng; Bệnh nhân đang sử dụng các biện pháp dự phòng HKTMS bằng thuốc như heparin không phân đoạn, heparin có trọng lượng phân tử thấp hay kháng đông đường uống.

**Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu cắt ngang

**Cỡ mẫu.** Được tính dựa trên công thức ước lượng trung bình, như sau:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \left(\frac{\sigma}{d}\right)^2}{\alpha}$$

Trong đó:  $\alpha$  là xác suất sai lầm loại I,

chọn  $\alpha = 0,05$ ;  $Z_{(1-\alpha/2)}$  là trị số phân phối

chuẩn,  $Z_{(1-\alpha/2)}^2 = 1,96$ ;

Với  $d$  là sai số của ước lượng;  $\sigma$  là độ lệch chuẩn ước lượng của dân số;  $\sigma$  được tính dựa vào kết quả nghiên cứu của tác giả Kassim<sup>(6)</sup> với

cỡ mẫu là 252.  $\sigma = 1,065$ ; Chọn d là sai số vào khoảng 15% mỗi bên (30% nếu lấy 2 bên) của giá trị trung bình từ nghiên cứu trước, với  $\mu = 1,23^{(6)} \rightarrow d=0,185$ .

Do đó, cỡ mẫu ít nhất cho nghiên cứu là 128. Dự trừ mất mẫu 10%. Cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu sau khi dự trừ mất mẫu là 143.

**Phương pháp chọn mẫu.** Sử dụng kỹ thuật chọn mẫu liên tục đến khi đủ số lượng mẫu.

**Phương pháp thu thập số liệu.** Phỏng vấn bệnh nhân cao tuổi có nguy cơ HKTMS đang điều trị nội trú tại bệnh viện. Tra cứu hồ sơ bệnh án về đặc điểm chẩn đoán.

**Phân tích dữ liệu.** Phân tích bằng phần mềm Epidata 3.1 và Stata 14.0. Thống kê mô tả đối với biến số định tính (nhóm tuổi, giới tính, dân tộc, bệnh lý; nhóm D-dimer, huyết khối tĩnh mạch sâu, wells) báo cáo tần số, tỷ lệ phần trăm. Nồng độ D-dimer được báo cáo trung vị và khoảng tứ phân vị. Sử dụng kiểm định Mann-Whitney với ngưỡng ý nghĩa khi  $p < 0,05$  để tìm mối liên quan giữa biến số nhị giá (nhóm tuổi, giới tính) với nồng độ D-dimer. Đánh giá phương pháp sử dụng nồng độ D-dimer với ngưỡng 500 ng/ml ở bệnh nhân lớn tuổi so với kết quả siêu âm Doppler bằng độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương (PPV) và giá trị tiên đoán âm (NPV) trong tiên lượng HKTMS. Tính toán diện tích dưới đường cong ROC dựa trên độ nhạy và độ đặc hiệu cho nồng độ D-dimer với KTC 95%. Diện tích dưới đường cong đánh giá khả năng chẩn đoán của một xét nghiệm hoặc phương pháp chẩn đoán<sup>(7)</sup>.

**Bảng 2. Diễn giải ý nghĩa của diện tích dưới đường biểu diễn ROC (AUC – Area Under the Curve)**

AUC	Ý nghĩa
> 0,90	Rất tốt
0,80 - 0,90	Tốt
0,70 - 0,80	Trung bình
0,60 - 0,70	Không tốt
0,50 - 0,60	Vô dụng

**Y đức.** Nghiên cứu đã được chấp thuận và thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Quyết định số 121/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 25 tháng 01 năm 2022 và giấy chấp thuận cho phép thu thập số liệu của Bệnh viện Thống

**Bảng 4. Nồng độ D-dimer ở bệnh nhân có nguy cơ HKTMS (n=260)**

Huyết khối tĩnh mạch sâu	Nồng độ D-dimer (ng/ml)	
	Trung vị (tứ phân vị)	Min - Max
Có HKTMS*	3108,5 (1651,5 - 5196,0)	553,0 - 9615,0
Không HKTMS*	1344 (605,5 - 2718,5)	147,0 - 8442,0
Dân số nghiên cứu*	1517 (712,5 - 2495,5)	147,0 - 9106,0

Nhất Thành phố Hồ Chí Minh.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

**Bảng 3. Các đặc điểm của dân số nghiên cứu (n=260)**

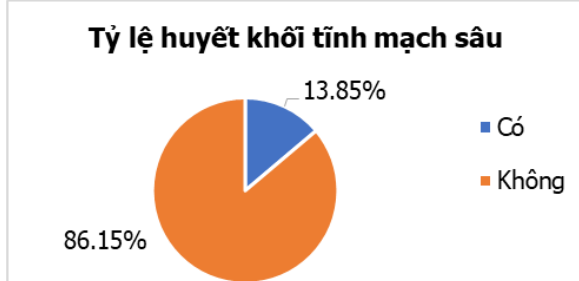
Các đặc tính của mẫu	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
<b>Tuổi*</b>	79 (69-85)	
<b>Nhóm tuổi</b>		
60 - 79 tuổi	137	52,7
≥ 80 tuổi	123	47,3
<b>Giới tính</b>		
Nam	163	62,7
Nữ	97	37,3
<b>Dân tộc</b>		
Kinh	260	100,0
Khác	0	0,0
<b>Bệnh lý kèm theo</b>		
Không	0	0,0
Có	260	100,0
<b>Các bệnh lý kèm theo</b>		
Đái tháo đường	119	45,8
Huyết áp	231	88,9
Tim mạch	103	39,6
Suy thận	43	16,5
Chấn thương	30	11,5
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	54	20,8
Bệnh lý khác (Ung thư, sơ gan, thoái hoá khớp...)	240	92,3
<b>Wells:</b> 1 – 2 điểm	257	98,8
≥ 3 điểm	3	1,2

\* Trung vị (khoảng tứ phân vị)

Kết quả bảng 3 cho thấy bệnh nhân điều trị nội trú tham gia nghiên cứu có tuổi trung vị là 79 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 60 – 79 tuổi chiếm hơn một nửa. Tất cả bệnh nhân thuộc dân tộc kinh, với phần lớn bệnh nhân nam (62,7%).

Ngoài bệnh lý chính nhập viện thì tất cả bệnh nhân đều có bệnh lý kèm theo, trong đó tới 88,9% bệnh nhân có bệnh tăng huyết áp, 45,8% bệnh Đái tháo đường, 39,6% bệnh tim mạch và các bệnh lý khác (Ung thư, sơ gan, thoái hoá khớp...). Thang điểm Wells được bác sĩ sử dụng để sàng lọc nguy cơ HKTMS, trong mẫu nghiên cứu chiếm hầu hết là bệnh nhân có nguy cơ trung bình (98,9%) với điểm Wells, chỉ một số ít bệnh nhân có nguy cơ cao (1,2%).

Nồng độ D-dimer của bệnh nhân mắc HKTMS có trung vị là 3106,5 ng/ml và cao gấp khoảng 1,5 lần so với không mắc HKTMS. Ngoài ra tất cả bệnh nhân mắc HKTMS đều có giới hạn D-dimer trên 500 ng/ml.



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ phát hiện huyết khối tĩnh mạch sâu theo siêu âm doppler (n=260)**

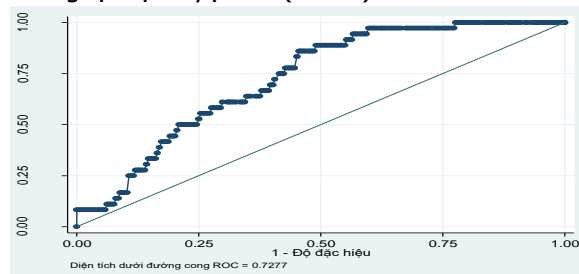
Tỷ lệ bệnh nhân mắc HKTMS được phát hiện theo siêu âm doppler là 36/260 bệnh nhân (tương đương 13,85%) trong nhóm bệnh nhân nội trú có nguy cơ HKTMS.

**Bảng 5. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán âm, giá trị tiên đoán dương của D-dimer (ngưỡng 500 ng/ml) theo siêu âm Doppler**

Huyết khối tĩnh mạch sâu	Nhóm nồng độ D-dimer (n=260)	
	Tăng (n)	Bình thường (n)
Có HKTMS	36 (A)	0 (B)
Không HKTMS	182 (C)	42 (D)

Độ nhạy (sensitive):  $Se = A/(A + C) = 16,51\%$   
 Độ đặc hiệu (specificity):  $Sp = D/(B+D) = 100\%$   
 Giá trị tiên đoán âm (negative predictive value):  $NPV = D/(C + D) = 18,75\%$   
 Giá trị tiên đoán dương (positive predictive value):  $PPV = A/(A + B) = 100\%$

Khi so sánh với tiêu chuẩn chẩn đoán là siêu âm Doppler thì với ngưỡng nồng độ D-dimer 500 ng/ml để xác định HKTMS ở bệnh nhân cao tuổi nằm viện điều trị bệnh nội trú thì độ nhạy của phương pháp khá thấp (16,51%), tuy nhiên độ đặc hiệu lại rất cao (100%). Và giá trị tiên đoán âm khá thấp (18,75%) nhưng giá trị tiên đoán dương lại đạt tuyệt đối (100%).



**Biểu đồ 2. Đường cong ROC theo độ nhạy độ đặc hiệu của nồng độ D-dimer của HKTMS**

Diện tích dưới đường cong ROC theo nồng độ nồng độ D-dimer của HKTMS là 0,728 và ở mức ý nghĩa trung bình.

**Bảng 6. Diện tích dưới đường cong ROC theo nồng độ nồng độ D-dimer của HKTMS**

Đôi tượng	Diện tích dưới đường cong ROC	Sai số chuẩn	KTC 95%
260	0,728	0,038	0,654-0,802

**Bảng 7. Mối liên quan giữa nồng độ D-dimer và đặc điểm nền (n=260)**

Đặc điểm	Nồng độ D-dimer	
	TV±KTPV	Giá trị p
<b>Nhóm tuổi<sup>1</sup></b>		
60 - 79 tuổi	1106 (553-2320)	<0,001
≥ 80 tuổi	2023 (1013-4196)	
<b>Giới tính<sup>1</sup></b>		
Nam	1439 (706-2878)	0,381
Nữ	1625 (748-3672)	
Đái tháo đường		0,375
Không	1383 (705-3516)	
Có	1649 (748-3433)	
Tăng huyết áp		0,109
Không	989 (510-2327)	
Có	1609 (752-3516)	
Tim mạch		0,049
Không	1383 (702-2878)	
Có	1791 (893-4270)	
Suy thận		0,102
Không	1435 (702-3438)	
Có	1880 (1232-4196)	
Chấn thương		0,002
Không	1421 (401-2809)	
Có	3223,5 (1473-5039)	
COPD		0,215
Không	1533,5 (706-3667)	
Có	1422,5 (752-2063)	

kiểm định Mann-Whitney

Kết quả phân tích cho thấy có mối liên quan giữa nồng độ D-dimer với nhóm tuổi, bệnh tim mạch và chấn thương ( $p < 0,05$ ). Cụ thể nhóm tuổi từ 80 trở lên, có bệnh tim mạch, có chấn thương thì nồng độ D-dimer cao hơn nhóm 60 - 79 tuổi, không có bệnh tim mạch, không có chấn thương. Tuy nhiên nghiên cứu không thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ D-dimer với giới tính, bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp, suy thận, và COPD ( $p > 0,05$ ).

**V. KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu 260 bệnh nhân nhập viện điều trị bệnh nội trú:

Bệnh nhân có điểm Wells  $\geq 1$  điểm; nồng độ D-dimer  $> 500$  ng/ml; siêu âm doppler dương tính có giá trị tiên đoán HKTMS.

Tuổi và bệnh lý đi kèm (tim mạch và chấn thương) là yếu tố tác động đến HKTMS ở BNCT

năm viện điều trị nội trú.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Di NM, Van EN, Büller HR.** Deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *The Lancet*. 2016;388(10063):pp. 3060-73.
2. **Nguyễn Quang Đăng.** Đánh giá vai trò D-dimer trong chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu ở bệnh nhân lớn tuổi có yếu tố nguy cơ trung bình và cao theo thang điểm wells [Luận án chuyên khoa cấp II]. TP.HCM: Đại học Y dược TP.HCM; 2017.
3. **Nguyễn Thanh Hiền,** Thượng Thanh Phương, Phạm Tú Quỳnh, Nguyễn Ngọc Phương Thư, Thái Thị Mai Yến. Chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu 2018 [tr. 1-21]. Available from: <https://thaythuocvietnam.vn/thuvien/wp-content/uploads/2018/11/37-1.pdf>.

4. **Đặng Vạn Phước, Nguyễn Văn Trí.** Đánh giá vai trò của D-Dimer trong chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2010;14(2):tr. 178-83.
5. **Owaidah T, AlGhasham N, AlGhamdi S, AlKhafaji D, AlAmro B, Zeitouni M, et al.** Evaluation of the usefulness of a D dimer test in combination with clinical pretest probability score in the prediction and exclusion of Venous Thromboembolism by medical residents. *Thrombosis journal*. 2014;12(1):pp. 28-.
6. **Kassim NA, Farid TM, Pessar SA, Shawkat SA.** Performance Evaluation of Different d-Dimer Cutoffs in Bedridden Hospitalized Elderly Patients. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2017;23(8):998-1004.
7. **Nguyễn Văn Tuấn.** Y học thực chứng. Hồ Chí Minh: Nhà xuất bản Tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh; 2020.

**ĐÁNH GIÁ NỒNG ĐỘ ISG20 HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN CÓ HBsAg DƯƠNG TÍNH**

Phạm Văn Dũng<sup>1,2</sup>, Ngô Thu Hằng<sup>3</sup>, Đào Thị Phượng<sup>4</sup>, Trần Thị Phương Thảo<sup>2</sup>, Nguyễn Quang Duật<sup>5</sup>, Nguyễn Linh Toàn<sup>2</sup>, Hoàng Văn Tổng<sup>2,3</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** đánh giá biểu hiện protein ISG20 và mối liên quan đến lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan liên quan nhiễm HBV. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các đối tượng bao gồm 115 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan, 100 bệnh nhân xơ gan và 120 người khỏe mạnh là nhóm chứng. Nồng độ ISG20 huyết thanh được định lượng theo phương pháp ELISA. **Kết quả:** nồng độ ISG20 huyết thanh ở nhóm bệnh nhân HCC thấp hơn so với nhóm LC và nhóm người khỏe mạnh (p<0,05). Nồng độ ISG20 huyết thanh có mối tương quan nghịch với hoạt độ AST, tương quan thuận với độ tuổi (p<0,05). **Kết luận:** protein ISG20 giảm biểu hiện ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan, có mối liên quan đến tuổi và hoạt độ enzyme gan.

**Từ khóa:** ISG20, virus viêm gan B, ung thư biểu mô tế bào gan.

**SUMMARY**

**EVALUATION OF ISG20 SERUM LEVELS IN**

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 7, Cục hậu cần, Quân khu 3, Hải Dương.  
<sup>2</sup>Viện Nghiên cứu Y Dược học Quân sự, Học viện Quân y, Hà Đông, Hà Nội  
<sup>3</sup>Học viện Quân y, Hà Đông, Hà Nội  
<sup>4</sup>Trường đại học kĩ thuật y tế Hải Dương.  
<sup>5</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y, Hà Đông  
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Dũng  
 Email: bsdungv7@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 30.5.2022  
 Ngày phản biện khoa học: 22.7.2022  
 Ngày duyệt bài: 28.7.2022

**HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS WITH HBsAg (+)**

**Objectives:** to evaluate ISG20 protein expression and its clinical and laboratory relevance in patients with HBV infection-associated hepatocellular carcinoma. **Material and method:** A cross-sectional descriptive study on subjects including 115 patients with hepatocellular carcinoma, 100 liver cirrhosis patients and 120 healthy individuals. **Result:** serum ISG20 concentrations were determined by ELISA method. The results showed that protein ISG20 concentrations of HCC patients were decreased when compared to LC group and HC group (p<0,05). ISG20 serum levels were associated with AST levels and ages (p<0,05). **Conclusion:** ISG20 protein decreased expression in HCC patients, related to age and liver enzyme activity.

**Keywords:** ISG20, hepatitis B virus, hepatocellular carcinoma.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư biểu mô tế bào gan (hepatocellular carcinoma - HCC) là một bệnh lý ác tính phổ biến, thống kê GLOBOCAN năm 2018 có 841.000 trường hợp mới mắc và đứng hàng thứ 4 về tỷ lệ tử vong.<sup>1</sup> HCC có cơ chế bệnh sinh phức tạp, triệu chứng lâm sàng mờ nhạt, chẩn đoán chủ yếu dựa trên chẩn đoán hình ảnh. Hiện nay ngoài một số marker được ứng dụng trong chẩn đoán tiên lượng trong thực hành lâm sàng như: AFP, AFP-L3, DCP. thì một số marker sinh học phân tử như: đột biến hệ gen, miRNA, methyl hóa DNA... ngày càng được chứng minh có vai trò quan trọng trong chẩn đoán sớm và tiên lượng HCC.