

# ĐÁNH GIÁ THAY ĐỔI CHỈ SỐ MEN GAN VÀ MỨC LỘC CẦU THẬN Ở NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS SAU ĐIỀU TRỊ ARV TẠI TRUNG TÂM BỆNH NHIỆT ĐỚI, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đoàn Thu Trà<sup>1</sup>, Đỗ Duy Cường<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Điều ARV lâu dài cho thấy sự liên quan đến tình trạng suy giảm chức năng gan và thận ở bệnh nhân. Nghiên cứu này thực hiện với mục tiêu nhằm đánh giá tiến triển men gan và mức lọc thận ở người bệnh nhiễm HIV sau khi bắt đầu điều trị ARV tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu bệnh án điều trị của 648 bệnh nhân đăng ký và điều trị tại phòng khám ngoại trú, Trung tâm Bệnh Nhiệt Đới, Bệnh viện Bạch Mai. Các chỉ số ALT, AST, Creatinin máu được đánh giá tại thời điểm trước điều trị ARV và 6 tháng/1 lần sau đó. Tổng thời gian đánh giá là 3 năm kể từ thời điểm bắt đầu điều trị. **Kết quả nghiên cứu:** Tại thời điểm ban đầu, tỉ lệ người bệnh có suy giảm mức lọc cầu thận <90 mL/phút/1,73m<sup>2</sup> là 18,2%. Sau 6 tháng, tỉ lệ này tăng lên 24,5%; sau 12 tháng là 28,4%; 24 tháng là 29,0% và sau 36 tháng là 30,6%. Chỉ số men gan ALT và AST không có sự thay đổi đáng kể sau điều trị ARV. Phân tích từ mô hình GEE đa biến cho thấy, nguy cơ suy giảm mức lọc cầu thận gia tăng theo độ tuổi. Người bệnh điều trị bằng phác đồ có TDF có tỉ suất suy giảm mức lọc cầu thận cao gấp 2,69 lần so với nhóm sử dụng phác đồ AZT hoặc d4T (aOR=2,69; 95% CI=1,79 – 4,03). Hút thuốc lá hàng ngày cũng là yếu tố nguy cơ gia tăng suy giảm chức năng thận ở nhóm người bệnh nghiên cứu. Đối với tình trạng tăng men gan, lạm dụng rượu ở mức độ có hại là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu với aOR=1,46 (95% CI=1,08 – 1,97). Người bệnh điều trị phác đồ có EFV cũng có tỉ suất tăng men gan cao hơn với aOR=1,72 (95% CI=1,00 – 2,99). **Kết luận:** Nghiên cứu báo tỉ lệ cao có suy giảm mức lọc cầu thận và tỉ lệ trung bình có tăng men gan ở người bệnh HIV sau 3 năm điều trị ARV tại Bệnh viện Bạch Mai.

**Từ khóa:** HIV/AIDS, men gan, mức lọc cầu thận, suy giảm chức năng gan, thận.

## SUMMARY

### CHANGES IN LIVER ENZYMES AND GLOMERULAR FILTRATION RATE IN PERSONS WITH HIV/AIDS AFTER ANTIRETROVIRAL TREATMENT AT THE CENTER FOR TROPICAL DISEASES, BACH MAI HOSPITAL

**Introduction:** Long-term antiretroviral therapy

has been associated with impaired liver and kidney function in patients. This study was conducted with the objective to evaluate liver enzyme and glomerular filtration rate progression in HIV-infected patients after starting ARV at Bach Mai Hospital. **Participants and Methods:** Retrospective observation study among 648 patients registered and under treatment at the outpatient clinic, Center for Tropical Diseases, Bach Mai Hospital. The ALT, AST, and serum creatinine were assessed at the time before ARV and every 6 months after that. The total evaluation period was 3 years from the time of initiation of treatment. **Results:** At baseline, the rate of patients with reduced glomerular filtration rate <90 mL/min/1.73m<sup>2</sup> was 18.2%. After 6 months, this rate increased to 24.5%; after 12 months was 28.4%; 24 months was 29.0% and after 36 months was 30.6%. Liver enzymes ALT and AST did not change significantly after ARV initiation. Multivariate GEE model showed that the risk of renal function impairment increased with age. Patients treated with regimens containing TDF had a rate of decline eGFR 2.69 times higher than those using regimens AZT or d4T (aOR=2.69; 95% CI=1.79-4.03). Daily smoking is also a risk factor for increased renal function impairment. For impaired liver function, harmful alcohol abuse was one of the leading risk factors with aOR=1.46 (95% CI=1.08 – 1.97). Patients on regimens with EFV also had a higher rate of elevation of liver enzymes with aOR=1.72 (95% CI=1.00 – 2.99). **Conclusion:** The study reported a high rate of decreased glomerular filtration rate and an average rate of elevated liver enzymes in HIV patients after 3 years of ARV treatment at Bach Mai Hospital.

**Keywords:** HIV/AIDS, liver enzymes, glomerular filtration rate, renal, hepatic impairment

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự mở rộng nhanh chóng của điều trị ARV đã cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống và kéo dài thời gian sống của người nhiễm HIV trên toàn thế giới. Tuy nhiên, hạn chế hàng đầu của việc sử dụng lâu dài các thuốc ARV là khả năng gây ra các rối loạn gan và thận, từ đó có thể đe dọa đến tính mạng người bệnh. Thuốc ARV được tích lũy chủ động trong ống thận dẫn đến rối loạn chức năng với tổn thương ở ty thể là một trong những kết quả quan trọng đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu. Điều ARV lâu dài cho thấy sự liên quan đến tình trạng suy thận ở bệnh nhân, đặc biệt ở các bệnh nhân có điều trị phác đồ chứa Tenofovir (TDF). [1]. Với việc tuổi thọ trung bình của người nhiễm HIV ngày càng

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y - Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thu Trà

Email: thutraARV@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023

tăng, tỉ lệ xuất hiện các yếu tố nguy cơ và cả tình trạng suy thận dự báo sẽ gia tăng trong giai đoạn tới. Phân tích nguyên nhân tử vong của bệnh nhân HIV/AIDS cho thấy sự gia tăng tỉ lệ tử vong do bệnh lý về thận, đồng thời giảm các nguyên nhân do AIDS gây ra. Nhiều bằng chứng cũng chỉ ra các tác dụng phụ đến chức năng gan của các thuốc nhóm NNRTI bao gồm Nevirapin (NVP) và Efaviren (EFV). Các thuốc này có thể gây nhiễm độc gan thông qua các phản ứng quá mẫn, trong đó nhiều trường hợp nặng có thể dẫn đến hoại tử gan cấp tính và tử vong [2].

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã được thực hiện nhằm đánh giá chức năng gan và thận trên các bệnh nhân này, tuy nhiên, thiết kế nghiên cứu cắt ngang chưa đánh giá được sự tiến triển theo thời gian của người bệnh. Do đó, chúng tôi nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu nhằm đánh giá tiến triển men gan và mức lọc thận ở người bệnh nhiễm HIV sau khi bắt đầu điều trị ARV tại Bệnh viện Bạch Mai.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu bệnh án điều trị.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1-12/2021 tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai.

**2.3. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS đăng ký và điều trị tại phòng khám ngoại trú, Trung tâm Bệnh Nhiệt Đới, Bệnh viện Bạch Mai, với tiêu chuẩn như sau: i) Tuổi  $\geq 18$ ; ii) Bệnh nhân đăng ký và điều trị mới tại địa điểm nghiên cứu trong thời gian từ 2011 – 2020; iii) Bệnh nhân chưa từng điều trị ARV hoặc đã dừng ít nhất 3 tháng trước thời điểm đăng ký điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai.

**2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu.** Nghiên cứu tiến hành chọn mẫu toàn bộ với tất cả bệnh án của bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tổng cộng có 648 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được tham gia vào nghiên cứu.

**2.5. Phương pháp thu thập số liệu.** Cán bộ nghiên cứu tiến hành tổng hợp danh sách người bệnh phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu từ dữ liệu phòng khám. Các thông tin từ bệnh án điều trị được trích xuất bởi hai cán bộ nghiên cứu được tập huấn theo một biểu mẫu nghiên cứu được thiết kế sẵn.

### 2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Nhân khẩu học: Tuổi, giới tính, đường lây truyền HIV.

- Hành vi nguy cơ: Hút thuốc lá và lạm dụng

rượu bia.

- Lâm sàng và điều trị: Giai đoạn lâm sàng theo WHO, số lượng TB CD4, phác đồ điều trị ARV, Chỉ số khối cơ thể BMI, các thuốc điều trị khác.

- Xét nghiệm sinh hoá máu: Các chỉ số ALT, AST, Creatinin máu được đánh giá tại thời điểm trước điều trị ARV và 6 tháng/1 lần sau đó. Tổng thời gian đánh giá là 3 năm kể từ thời điểm bắt đầu điều trị.

Chức năng thận của người bệnh được đánh giá bằng chỉ số mức lọc cầu thận ước tính (eGFR). Bệnh nhân được coi là có suy giảm chức năng thận nếu eGFR ở dưới mức 90 mL/phút/1,73m<sup>2</sup>.

Người bệnh được đánh giá là có tăng men gan khi chỉ số AST hoặc ALT gấp 2 lần ngưỡng giá trị bình thường ( $>66$  U/L đối với nam và  $>50$  U/L đối với nữ) theo tiêu chuẩn của American College of Gastroenterology (ACG) năm 2017 [3].

**2.7. Xử lý và phân tích số liệu:** Kiểm định McNemar được sử dụng để so sánh tỉ lệ tại các thời điểm đánh giá. Phân tích hồi quy bằng mô hình ước lượng tổng quát (GEE) được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến suy giảm chức năng thận và tăng men gan theo thời gian.

**2.8. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự thông qua và cho phép thực hiện bởi hội đồng khoa học của Bệnh viện Bạch Mai.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 648 đối tượng tham gia nghiên cứu với độ tuổi trung bình là  $35,1 \pm 8,7$  tuổi, nam giới chiếm tỉ lệ 63,0%. Phần lớn đối tượng đều đã kết hôn hoặc đang chung sống với vợ/chồng (72,8%). Tỉ lệ thất nghiệp của nhóm người bệnh nghiên cứu là 12,7%.

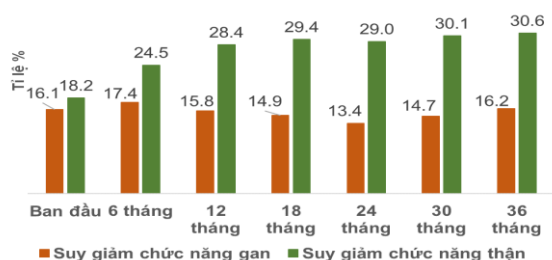
**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và điều trị HIV của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm trước điều trị ARV**

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (N=648)	Tỉ lệ %
<b>Giai đoạn lâm sàng</b>		
Giai đoạn 1	300	46,3
Giai đoạn 2	48	7,4
Giai đoạn 3	70	10,8
Giai đoạn 4	230	35,5
<b>Chỉ số BMI</b>		
Thiếu cân	397	61,3
Bình thường	222	34,3
Thừa cân	29	4,5
<b>Số lượng TB CD4/cm<sup>3</sup></b>		
<100	301	46,5
100 - <200	96	14,8
200 - <350	186	28,7

350 - <500	52	8,0
≥500	13	2,0
<b>Tải lượng vi rút (bản sao/mL)</b>		
<20	11	1,7
20 - <1000	16	2,5
1000 - <5000	27	4,2
5000 - <10000	22	3,4
≥10000	572	88,3
Đồng nhiễm viêm gan B	85	13,1
Đồng nhiễm viêm gan C	238	36,7
<b>Phác đồ điều trị ban đầu</b>		
TDF/3TC/EFV	358	55,2
AZT/3TC/NVP	187	28,8
AZT/3TC/EFV	81	12,5
Khác	23	3,6

Tại thời điểm ban đầu trước điều trị, tỉ lệ người bệnh ở giai đoạn lâm sàng 4 là 35,5% và giai đoạn lâm sàng 3 là 10,8%. Tỉ lệ người bệnh thiếu cân lên tới 61,3%. Tỉ lệ bệnh nhân có HIV ở giai đoạn tiến triển tại thời điểm ban đầu lên tới 61,3%, trong đó có 46,5% có CD4 dưới mức 100 TB/cm<sup>3</sup>. Có 95,8% có tải lượng vi rút HIV ở ngưỡng trên 1000 bản sao/mL. Tỉ lệ đồng nhiễm viêm gan B và viêm gan C lần lượt là 13,1% và 36,7%. Phác đồ ARV ban đầu phổ biến nhất là

TDF/3TC/EFV với tỉ lệ sử dụng là 55,2%, tiếp đến là AZT/3TC/NVP (28,8%) và AZT/3TC/NVP (12,5%).



**Biểu đồ 1. Tỉ lệ tăng men gan và giảm mức lọc cầu thận ở đối tượng nghiên cứu sau 3 năm điều trị ARV**

Tại thời điểm ban đầu, tỉ lệ người bệnh có suy giảm mức lọc cầu thận <90 mL/phút/1,73m<sup>2</sup> là 18,2%. Sau 6 tháng, tỉ lệ này tăng lên 24,5%; sau 12 tháng là 28,4%; 24 tháng là 29,0% và sau 36 tháng là 30,6%. Chỉ số men gan ALT và AST không có sự thay đổi đáng kể sau điều trị ARV. Tỉ lệ tăng men gan tại thời điểm trước điều trị là 16,1%, tăng lên 17,4% sau 6 tháng và duy trì ở mức từ 13,4% - 16,2% tại các thời điểm đánh giá tiếp theo 12 - 36 tháng sau điều trị.

**Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến tình trạng suy giảm mức lọc cầu thận và tăng men gan ở đối tượng nghiên cứu sau 3 năm điều trị ARV**

Yếu tố liên quan	Suy giảm mức lọc cầu thận		Tăng men gan	
	Đơn biến OR (95% CI)	Đa biến aOR (95% CI)	Đơn biến OR (95% CI)	Đa biến aOR (95% CI)
<b>Giới tính</b>				
Nam	1	1	1	1
Nữ	0,74(0,57 - 0,97)*	1,00(0,72 - 1,39)	0,11(0,08 - 0,17)**	0,22(0,14 - 0,34)**
<b>Nhóm tuổi</b>				
18 - 30 tuổi	1	1	1	1
31 - 40 tuổi	2,26(1,63 - 3,14)**	2,15(1,54 - 3)**	2,23(1,55 - 3,22)**	1,25(0,85 - 1,83)
41 - 50 tuổi	4,11(2,71 - 6,23)**	4,0(2,61 - 6,11)**	2,22(1,36 - 3,62)*	1,11(0,68 - 1,82)
> 50 tuổi	10,34(6,13 - 17,45)**	10,1(5,95 - 17,13)**	1,6(0,88 - 2,89)	1,34(0,73 - 2,47)
<b>Phác đồ có TDF</b>				
Không TDF	1	1	1	1
Có TDF	2,66(2 - 3,54)**	2,69(1,79 - 4,03)**	1,81(1,31 - 2,5)**	1,09(0,73 - 1,65)
<b>Phác đồ có EFV</b>				
Không EFV	1	1	1	1
Có EFV	2,54(1,82 - 3,57)**	1,09(0,66 - 1,79)	3,44(2,28 - 5,21)**	1,72(1,00 - 2,99)*
<b>Viêm gan B</b>				
Âm tính	1	1	1	1
Dương tính	1,2(0,83 - 1,74)	0,83(0,55 - 1,24)	1,49(0,99 - 2,23)	1,01(0,66 - 1,55)
<b>Viêm gan C</b>				
Âm tính	1	1	1	1
Dương tính	1,04(0,81 - 1,35)	0,85(0,61 - 1,17)	5,29(3,92 - 7,13)**	2,82(1,96 - 4,06)**
<b>Hút thuốc lá</b>				
Không	1	1	1	1
Hút hàng ngày	2,0(1,5 - 2,7)**	1,2(1,0 - 1,5)*	0,9(0,7 - 1,2)	0,67(0,54 - 1,31)

Lạm dụng rượu				
Không	1	1	1	1
Có	1,19(0,97 - 1,47)	1,13(0,9 - 1,41)	1,63(1,21 - 2,12)*	1,46(1,08 - 1,97)*

\*\* $p < 0,001$ , \* $p < 0,05$

Phân tích từ mô hình GEE đa biến cho thấy, nguy cơ suy giảm chức năng thận gia tăng theo độ tuổi. Người bệnh điều trị bằng phác đồ có TDF có tỉ suất suy giảm mức lọc cầu thận cao gấp 2,69 lần so với nhóm sử dụng phác đồ AZT hoặc d4T (aOR=2,69; 95% CI=1,79 – 4,03). Hút thuốc lá hàng ngày cũng là yếu tố nguy cơ gia tăng suy giảm chức năng thận ở nhóm người bệnh nghiện cứu. Đối với tình trạng tăng men gan, lạm dụng rượu ở mức độ có hại là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu với aOR=1,46 (95% CI=1,08 – 1,97). Người bệnh điều trị phác đồ có EFV cũng có tỉ suất tăng men gan cao hơn với aOR=1,72 (95% CI=1,00 – 2,99).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành đánh giá tiến triển chức năng gan và thận trong 3 năm ở bệnh nhân điều trị HIV/AIDS tại Bạch Mai, đồng thời xác định các yếu tố liên quan đến suy giảm chức năng thận và tăng men gan theo thời gian. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ cao người bệnh có suy giảm mức độ cầu thận từ thời điểm trước điều trị đến 3 năm sau điều trị. Điều này phù hợp với các nghiên cứu đã được thực hiện trên thế giới. Các nghiên cứu thuần tập tại Hòa Kỳ và Anh báo cáo tỉ lệ từ 3 – 17% [1]. Tỉ lệ mắc bệnh lý trên thận ở người nhiễm HIV đang ngày càng gia tăng không có gì quá bất ngờ khi thời gian sống của bệnh nhân được cải thiện, đồng thời, nhiễm HIV trong thời gian dài có thể dẫn đến sự lão hóa nhanh hơn mặc dù tải lượng vi rút HIV có thể kiểm soát ở mức dưới ngưỡng. Adih và cộng sự đánh giá nguyên nhân tử vong ở người nhiễm HIV được điều trị ARV. Phân tích cho thấy ghi nhận số tử vong do AIDS giảm xuống đáng kể, tuy nhiên tử vong không do AIDS có xu hướng gia tăng và các bệnh lý về thận là nguyên nhân chính trên 1682 trong số 13.750 (12,2%) trường hợp tử vong. Một nghiên cứu cộng đồng khác ở Rakai, Uganda, ghi nhận rằng 8% người nhiễm bắt đầu điều trị ARV có sự suy giảm nhẹ eGFR hoặc giảm eGFR ở mức độ trung bình [4]. Tỉ lệ tăng men gan trong nghiên cứu của chúng tôi là từ 13,4% - 17,4% tại các thời điểm đánh giá và có xu hướng giảm theo thời gian điều trị. Một nghiên cứu thuần tập tại Thái Lan đánh giá tiến triển chức năng gan bằng chỉ số ALT trên 426 bệnh nhân HIV cho thấy, tỉ lệ có bất thường về men gan là 15,5%. Sau 48 tháng điều trị, tỉ lệ

giảm dần xuống dưới mức 10% [5]. Một nghiên cứu khác thực hiện bởi Jean Claude và cộng sự trên nhóm bệnh nhân HIV là phụ nữ điều trị ARV tại Rwanda báo cáo tỉ lệ bất thường AST/ALT là 6,6% và cao nhất ở nhóm có CD4<200 TB/cm<sup>3</sup> (16,4%) [6].

Một trong những yếu tố nguy cơ làm giảm chức năng thận ở người nhiễm HIV là điều trị lâu dài bằng thuốc TDF. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân điều trị bằng phác đồ TDF có nguy cơ suy giảm chức năng thận cao gấp 3 lần so với các phác đồ khác. Điều này phản ánh độc tính trên thận của TDF đối với người bệnh và có thể làm gia tăng bệnh thận mãn tính và nguy cơ tử vong và suy giảm đáp ứng điều trị. TDF là thuốc ưu tiên trong các phác đồ điều trị ARV được khuyến cáo bởi WHO. Mặc dù TDF đã được chứng minh tính an toàn để sử dụng trên người nhiễm HIV, tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trên thế giới đã mô tả điều trị TDF trong thời gian dài có thể dẫn đến tình trạng suy giảm mức lọc cầu thận ở bệnh nhân [7]. Trong giai đoạn tới, việc nghiên cứu và đưa vào sử dụng các thuốc ARV có độc tính thấp hơn cần được chú trọng trong nâng cao chất lượng điều trị ở người nhiễm HIV.

Một trong những nguyên nhân chính của tình trạng tăng men gan là đồng nhiễm viêm gan vi rút B/C ở người nhiễm HIV. Hầu hết các nghiên cứu cho thấy nhiễm HIV tác động tiêu cực tới bệnh viêm gan C và làm tăng nguy cơ của tổn thương gan. Mặt khác, thuốc điều trị HIV có thể tương tác, gây các tác dụng phụ làm viêm gan trầm trọng hơn [8]. Các nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tình trạng này có thể kể đến bao gồm độc tính tác động trực tiếp hoặc chuyển hóa thuốc, phản ứng quá mẫn, nhiễm độc ty thể và cả tình trạng viêm phục hồi miễn dịch ở người nhiễm HIV được điều trị bằng thuốc ARV. Các thuốc NNRTI thường gây ra phản ứng quá mẫn hoặc độc tính thuốc trực tiếp ở bệnh nhân và có thể khởi phát trong vòng vài ngày hoặc vài tuần sau khi điều trị. Nevirapine là thuốc NNRTI có sự liên quan nhiều nhất đến nhiễm độc gan trên bệnh nhân, tuy nhiên, thuốc này đã dần được thay thế bằng các thuốc có độc tính thấp hơn đáng kể, trong đó phổ biến nhất tại Việt Nam là Efavirenz.

#### V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu báo tỉ lệ cao có suy giảm mức

lọc cầu thận và tỉ lệ trung bình có tăng men gan ở người bệnh HIV sau 3 năm điều trị ARV tại Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu và sử dụng các thuốc ARV ít độc tính hơn cần được ưu tiên nhằm cải thiện chất lượng điều trị cho người nhiễm HIV tại Việt Nam, đồng thời cải thiện tỉ lệ bệnh nhân được điều trị đồng nhiễm viêm gan C.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Longenecker, C.T., et al., HIV viremia and changes in kidney function. *AIDS* (London, England), 2009. 23(9): p. 1089-1096.
2. Reust, C.E., Common adverse effects of antiretroviral therapy for HIV disease. *Am Fam Physician*, 2011. 83(12): p. 1443-51.
3. Kwo, P.Y., S.M. Cohen, and J.K. Lim, ACG Clinical Guideline: Evaluation of Abnormal Liver Chemistries. *Am J Gastroenterol*, 2017. 112(1): p. 18-35.
4. Lucas, G.M., et al., Decreased kidney function in a community-based cohort of HIV-Infected and

- HIV-negative individuals in Rakai, Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2010. 55(4): p. 491-4.
5. Peluso, M.J., et al., Liver function test abnormalities in a longitudinal cohort of Thai individuals treated since acute HIV infection. *Journal of the International AIDS Society*, 2020. 23(1): p. e25444-e25444.
  6. Dusingize, J.C., et al., Association of Abnormal Liver Function Parameters with HIV Serostatus and CD4 Count in Antiretroviral-Naive Rwandan Women. *AIDS research and human retroviruses*, 2015. 31(7): p. 723-730.
  7. Mocroft, A., et al., Development and validation of a risk score for chronic kidney disease in HIV infection using prospective cohort data from the D:A:D study. *PLoS medicine*, 2015. 12(3): p. e1001809-e1001809.
  8. Sulkowski, M.S., et al., Hepatotoxicity associated with antiretroviral therapy in adults infected with human immunodeficiency virus and the role of hepatitis C or B virus infection. *Jama*, 2000. 283(1): p. 74-80.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đặng Quốc Ái<sup>1</sup>, Phạm Văn Biên<sup>2,3</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư tràng là bệnh lý ác tính thường gặp của đường tiêu hóa. Điều trị ung thư tràng chủ yếu vẫn là phẫu thuật triệt căn kết hợp với hóa xạ trị. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng điều trị ung thư biểu mô tại Bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 94 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng, vét hạch tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2018 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình 200 ± 44,2 phút. Tỷ lệ thắt động mạch treo tràng dưới sát gốc là 90,4%. Tỷ lệ mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nối là 27,7%. Có 97,9% miệng nối sử dụng máy nối tròn. Số lượng hạch nạo vét trung bình là 14 ± 8,95 hạch. Phẫu thuật đã đảm bảo triệt căn về mặt ung thư học, 100% sinh thiết tức thì diện cắt âm tính, 100% xét nghiệm diện cắt sau phẫu thuật không có tế bào ác tính. Thời gian nằm viện sau mổ là 9,0 ngày, trung tiện sau mổ trung bình 3,0 ngày, nuôi dưỡng qua đường miệng sau phẫu thuật trung bình 4,5 ngày. Biến chứng nhiễm trùng vết

mổ 3,2%, rò miệng nối 1,1%, chảy máu miệng nối 1,1%. Không có tử vong trong thời gian hậu phẫu. Số bệnh nhân liên lạc và theo dõi được sau mổ là 79 (84,0%) bệnh nhân. Kết quả theo dõi có 17 trường hợp tử vong chiếm 18,0%. Tỷ lệ tái phát, di căn là 12,5%, không có tái phát tại chỗ. Thời gian sống thêm sau mổ của nhóm nghiên cứu trung bình là 43,67 tháng. Tỷ lệ sống 1 năm là 97,6%, tỷ lệ sống 3 năm là 72,6%, tỷ lệ sống 5 năm là 40,2%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng điều trị ung thư biểu mô trực tràng là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ tái biến và biến chứng thấp, phục hồi sức khỏe sau mổ tốt, đảm bảo hiệu quả về mặt ung thư học.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tuyến trực tràng, phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng.

#### SUMMARY

#### THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC RECTAL RESECTION DUE TO CARCINOMA AT THANH NHAN HOSPITAL

**Background:** Rectal cancer is a common malignancy of the gastrointestinal tract. The main treatment for rectal cancer is still radical surgery combined with chemotherapy and radiation. We carried out this study to evaluate the results of laparoscopic rectal resection for colorectal cancer at Thanh Nhan Hospital. **Subjects and methods:** This is a retrospective study of 94 rectal carcinoma patients undergoing laparoscopic rectal resection and lymph node dissection at Thanh Nhan hospital from January 2018 to June 2022. **Results:** The average surgical time was 200 ± 44.2 minutes. The rate of ligation of the inferior mesenteric artery close to the base was

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện E

<sup>3</sup>Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023