

- 2021;70(49):1700.
3. **Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al.** The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Revista espanola de cardiologia (English ed)*. 2021;74(9):790-9.
 4. **Mokkink LB, Terwee CB, de Vet HC.** COSMIN: Consensus-based standards for the selection of health status measurement instruments. *Encyclopedia of quality of life and well-being research: Springer*; 2021. p. 1-4.
 5. **Mokkink LJAPHRIA,** The Netherlands. COSMIN Risk of Bias checklist. 2018.
 6. **RAND Health Care.** Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL): https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html; [
 7. **Aiyegbusi OL, Kyte D, Cockwell P, Marshall T, Gheorghe A, Keeley T, et al.** Measurement properties of patient-reported outcome measures (PROMs) used in adult patients with chronic kidney disease: A systematic review. *PLoS One*. 2017;12(6):e0179733.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA TRẺ MẮC VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2022

**Đinh Dương Tùng Anh^{1,2}, Chidpasak Somnuek¹, Đàm Thị Oanh¹,
Inthavong Darling¹, Bounyavong Bounxay¹,
Thongkham Seepasert¹, Vangpor Yerksang¹**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tiểu phế quản cấp (VTPQC) tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng (BVTEHP) từ ngày 01/01/2022 đến ngày 31/12/2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả sử dụng số liệu hồi cứu của toàn bộ 259 hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân VTPQC điều trị nội trú tại khoa Hô hấp – Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. **Kết quả:** VTPQC gặp nhiều ở trẻ dưới 12 tháng tuổi, ở bé trai nhiều hơn bé gái và ở trẻ em ngoại thành nhiều hơn thành thị. Bệnh phổ biến vào giai đoạn tháng 5 đến tháng 9 với các triệu chứng thường gặp nhất như: ho, khò khè, thở nhanh và phổi có ran ngáy, ran rít. 38/259 ca bệnh dương tính với RSV (14,7%). Đa số trẻ VTPQC được điều trị khỏi, có 6/259 ca (2,3%) bệnh nặng cần chuyển tuyến. **Kết luận:** tại BVTEHP, tỉ lệ trẻ trên 6 tháng tuổi mắc VTPQC có xu hướng tăng lên và tỉ lệ VTPQC do RSV có xu hướng giảm so với trước dịch COVID-19. **Từ khóa:** viêm tiểu phế quản cấp, trẻ em, khò khè, RSV

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOME OF CHILDREN WITH BRONCHIOLITIS AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2022

Objective: To describe some clinical and paraclinical characteristics and results of treatment for bronchiolitis at Hai Phong Children's Hospital (HCH)

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh

Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024

from January 1, 2022 to December 31, 2022.

Subjects and methods: Descriptive study using retrospective data of all 259 medical records of patients with bronchiolitis treated as inpatients at the Respiratory Department - Hai Phong Children's Hospital. Results: Bronchiolitis was more common in children under 12 months of age, more in boys than girls and more in suburban children than urban children. The disease was common in the period from May to September with the most common symptoms such as: cough, tachypnea, rhonchus and wheezes. 38/259 cases were positive for RSV (14.7%). The majority of patients were cured, but 6/259 cases (2.3%) having severe illness requiring referral. **Conclusion:** at HCH, the rate of children over 6 months old with bronchiolitis tends to increase and the rate of RSV-positive case tends to decrease compared to those before the outbreak of COVID-19 epidemic.

Keywords: acute bronchiolitis, children, wheezing, RSV

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tiểu phế quản cấp (VTPQC) là một bệnh lý tổn thương viêm cấp ở tiểu phế quản (các đường dẫn khí có đường kính nhỏ hơn 2mm) và phổ biến ở trẻ dưới 24 tháng tuổi[1]. Do bệnh có đặc điểm diễn biến theo mùa và có thể hình thành các vụ dịch ở các địa phương nên VTPQC vẫn là gánh nặng về y tế, kinh tế và xã hội đặc biệt là ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam[2]. Các nghiên cứu trước đây cũng đã chỉ ra một trong những nguyên nhân hàng đầu gây VTPQC ở trẻ nhỏ là virus hợp bào hô hấp (Respiratory syncytial virus, hay RSV) với triệu chứng đặc trưng của bệnh là trẻ có thở khò khè và biểu hiện thở gắng sức[2]. Các biện pháp can thiệp của y tế công cộng để chống lại sự lây

lan của đại dịch COVID-19 đã tác động đáng kể đến việc lây truyền các loại virus đường hô hấp khác, bao gồm cả RSV. Điều này đã dẫn đến sự bùng phát tối thiểu hoặc không có ca bệnh trong mùa RSV thông thường. Tuy nhiên, với việc nới lỏng các hạn chế liên quan đến COVID-19, việc thiếu khả năng miễn dịch của trẻ do không tiếp xúc với RSV có thể làm tăng tính nhạy cảm của nhóm dân số không tiếp xúc với đợt bùng phát nghiêm trọng hơn trong các mùa sau đó[3].

Tại thành phố Hải Phòng, các đợt bùng phát dịch COVID-19 lớn đã diễn ra kể từ đầu năm 2021. Nhằm đánh giá diễn biến của bệnh viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em sau mùa dịch, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu sau: đánh giá đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của trẻ mắc viêm tiểu phế quản cấp tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các hồ sơ bệnh án của các trẻ từ 2 tháng đến <2 tuổi được chẩn đoán viêm tiểu phế quản cấp và đã được điều trị tại khoa Hô hấp – Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 01/01/2022 đến ngày 31/12/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án của trẻ nhập viện và được chẩn đoán là viêm tiểu phế quản cấp theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam với các triệu chứng sau: viêm tiểu phế quản cấp điển hình thường bắt đầu bằng các triệu chứng đường hô hấp trên (chảy mũi, hắt hơi, ho khan), sau đó là viêm đường hô hấp dưới với biểu hiện khò khè, ran phổi (ran ngáy, ran rít, có thể kèm theo ran ẩm nhỏ hạt) và có thể tiến triển đến suy hô hấp (thở nhanh, co kéo các cơ hô hấp phụ, tím)[4].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Các bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không bao gồm dữ liệu đầy đủ để đánh giá ca bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của trẻ mắc viêm tiểu phế quản cấp (n=259)

Tiêu chí		RSV (+) (n=38)	RSV (-) (n=221)	Chung
Tuổi X±SD: 7,1±5,1 tháng	<6 tháng	18 (47,4%)	128 (57,9%)	146 (56,4%)
	6 – <12 tháng	15 (39,5%)	58 (26,3%)	73 (28,2%)
	12 tháng - <24 tháng	5 (13,1%)	35 (15,8%)	40 (15,4%)
Địa dư	Ngoại thành	30 (78,9%)	174 (78,7%)	209 (80,7%)
	Nội thành	8 (21,1%)	47 (21,3%)	50 (19,3%)
Giới	Nam	21 (55,3%)	132 (59,7%)	153 (59,1%)
	Nữ	17 (44,7%)	89 (40,3%)	106 (40,9%)

Nhận xét: VTPQC gặp nhiều ở nhóm trẻ <6 tháng tuổi, đa số ca bệnh tới từ vùng ngoại thành. Tỷ lệ trẻ nam/nữ là 1,44/1.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: gồm toàn bộ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán trong thời gian nghiên cứu.

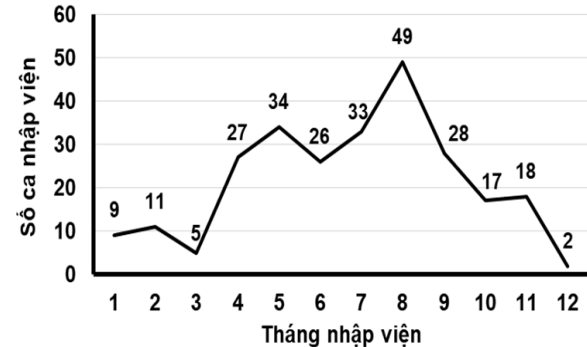
2.3. Phương pháp thu thập thông tin: thu thập số liệu nghiên cứu từ các bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được chọn theo mẫu bệnh án đã thiết kế trước.

2.4. Xử lý số liệu: số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này được thực hiện dưới sự đồng ý của Hội đồng Khoa học – Giáo dục Trường Đại học Y Dược Hải Phòng (theo quyết định số 02.712/QĐ-YDHP ngày 11/4/2023) và Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Các thông tin của bệnh nhân được thu thập giấu tên, tuân thủ các nguyên tắc bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu. Số liệu thu thập mang tính chính xác, trung thực.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua đánh giá 259 ca bệnh VTPQC tại khoa Hô hấp – BVTEHP, trong đó bao gồm 38 ca RSV (+), chúng tôi thu được một số kết quả nghiên cứu sau:



Hình 1. Phân bố số ca bệnh theo thời điểm nhập viện trong năm (n=259)

Nhận xét: Đa số ca bệnh nhập viện trong khoảng tháng 4 tới tháng 9 (197/259 ca, chiếm 76,1%).

Bảng 2. Lí do vào viện của trẻ mắc viêm tiểu phế quản cấp (n=259)

Lí do vào viện	RSV (+) (n=38)	RSV (-) (n=221)	Chung (n=259)
Ho	36 (94,8%)	189 (85,5%)	225 (86,9%)
Khò khè	11 (29%)	99 (44,8%)	110 (42,5%)
Sốt	2 (4,2%)	12 (5,4%)	14 (5,4%)
Sổ mũi	1 (2,6%)	2 (0,9%)	3 (1,2%)

Nhận xét: Trong số 259 ca VTPQC, hầu hết có lí do vào viện là trẻ bị ho. Chỉ có 42,5% trường hợp vào viện vì lí do thở khò khè.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp (n=259)

Phân loại	Đặc điểm	RSV (+) (n=38)	RSV (-) (n=221)	p	
Triệu chứng lâm sàng	Sốt	Không sốt	27 (71,1%)	161 (72,9%)	>0,05
		Sốt nhẹ	1 (2,6%)	17 (7,7%)	>0,05
		Sốt vừa	10 (26,3%)	36 (16,3%)	>0,05
		Sốt cao	0	7 (3,2%)	-
	Thở rên	4 (10,5%)	1 (0,5%)	<0,001	
	Tím	7 (18,4%)	3 (1,4%)	<0,001	
	Ho	38 (100%)	218 (98,6%)	>0,05	
	Khò khè	38 (100%)	221 (100%)	-	
	Ran phổi	Ran rít	3 (7,9%)	14 (6,3%)	>0,05
		Ran rày	10 (26,3%)	62 (28,1%)	>0,05
		Ran rày + ran rít	25 (65,8%)	155 (70,1%)	>0,05
Thở nhanh	30 (78,9%)	138 (62,0%)	>0,05		
Rút lõm lồng ngực	14 (36,8%)	42 (19,0%)	0,013612		
Triệu chứng cận lâm sàng	Số lượng bạch cầu	Tăng	20 (52,6%)	112 (50,7%)	>0,05
		Bình thường	18 (47,4%)	103 (46,6%)	>0,05
		Giảm	0	6 (2,7%)	-
	Tỉ lệ bạch cầu hạt trung tính	Tăng	2 (5,1%)	35 (15,8%)	>0,05
		Bình thường	21 (55,3%)	107 (48,5%)	>0,05
		Giảm	15 (39,5%)	79 (35,7%)	>0,05
	CRP	Dương tính	7 (18,4%)	46 (20,8%)	>0,05
		Am tính	31 (81,6%)	175 (79,2%)	>0,05

Nhận xét: Đa số các ca bệnh VTPQC không có sốt. Hầu hết bệnh nhân ở hai nhóm trẻ dương tính và âm tính với RSV (test nhanh) đều biểu hiện ho và khò khè. Đa số ca bệnh đều có ran rày và ran rít với tỉ lệ không khác biệt giữa hai nhóm. Rút lõm lồng ngực, tím và thở rên thường

gặp ở nhóm trẻ RSV(+) hơn một cách rõ rệt so với nhóm trẻ RSV(-) (p<0,05, χ^2 test). Không có khác biệt rõ ràng về các triệu chứng cận lâm sàng ở hai nhóm trẻ VTPQC. Lưu ý một tỉ lệ tương đối cao số ca bệnh có giảm tỉ lệ bạch cầu hạt trung tính.

Bảng 4. Kết cục điều trị viêm tiểu phế quản cấp

Đặc điểm	RSV (+) (n=38)	RSV (-) (n=221)	p	
Điều trị hỗ trợ	Thở Oxy	7 (18,4%)	3 (1,4%)	<0,001
	Salbutamol (khí dung)	9 (23,7%)	65 (29,4%)	>0,05
	Adrenalin (khí dung)	10 (26,3%)	37 (16,7%)	>0,05
	Budesonide (khí dung)	21 (55,3%)	89 (40,3%)	>0,05
	Prednisolon (uống)	11 (28,9%)	54 (24,4%)	>0,05
	Methylprednisolon (tĩnh mạch)	7 (18,4%)	4 (1,8%)	<0,001
Số ngày điều trị (X ± SD, ngày)	7,3 ± 2,6	7,1 ± 3,5	>0,05	
Kết quả cuối đợt điều trị (n, %)	Khỏi	34 (89,5%)	199 (99,1%)	<0,001
	Nặng chuyển tuyến	4 (10,5%)	2 (0,9%)	

Nhận xét: Đa số ca bệnh VTPQC được sử dụng một số biện pháp điều trị hỗ trợ như khí dung salbutamol hoặc budesonide. Tỉ lệ trẻ bệnh cần sử dụng hỗ trợ thở Oxy và dùng methylprednisolon đường tĩnh mạch ở nhóm trẻ

RSV(+) cao hơn ở nhóm RSV(-) một cách có ý nghĩa thống kê (p<0,001, χ^2 test). Kết thúc đợt điều trị, hầu hết các ca bệnh được chữa khỏi, tuy nhiên vẫn có 6/259 (2,3%) số ca bệnh chuyển nặng cần chuyển tuyến. Đặc biệt số ca nặng

chuyển tuyến ở nhóm RSV(+) lên đến 10,5%.

IV. BÀN LUẬN

Qua đánh giá 259 ca bệnh được chẩn đoán VTPQC tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2022, chúng tôi nhận thấy có một số điểm khác biệt trong đặc điểm của bệnh so với kết quả khảo sát 310 ca bệnh VTPQC cũng tại bệnh viện này ở giai đoạn 2019-2020.

Một trong những điểm đầu tiên có thể ghi nhận trong nghiên cứu này là tỉ lệ của nhóm trẻ ≥ 6 tháng tuổi trong nghiên cứu này là 43,6% có xu hướng tăng lên so với tỉ lệ này trong nghiên cứu ở giai đoạn trước đây (47/130 ca bệnh VTPQC ≥ 2 tháng tuổi, chiếm 36,2%)[2]. Trong khi đó, tỉ lệ nhóm trẻ VTPQC có kết quả test RSV(+) trong nghiên cứu này là 38/259 ca (chiếm 14,7%), giảm mạnh so với tỉ lệ này trong nghiên cứu trước đây (chiếm 50,6%)[2]. Có một hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là chưa thể triển khai được kỹ thuật PCR đa mồi cho phép chẩn đoán sự có mặt của nhiều tác nhân virus gây bệnh lý đường hô hấp khác nhau, dẫn tới thiếu sót trong việc chẩn đoán xác định bệnh nguyên trong nhóm trẻ RSV(-).

Có một điểm có thể ghi nhận trong nghiên cứu này là số ca VTPQC tăng vọt trong giai đoạn từ tháng 4 tới tháng 9 (76,1%), sau đó giảm dần trong các tháng cuối năm. Như vậy số ca bệnh đã tăng cao vào giai đoạn ngay sau đợt dịch COVID-19 cuối cùng bùng phát tại Hải Phòng với khả năng cao là giãn cách xã hội được gỡ bỏ. Điều này tỏ ra tương đồng với kết luận được đưa ra trước đây về việc thiếu khả năng miễn dịch của trẻ do không tiếp xúc với RSV có thể làm tăng tính nhạy cảm của nhóm dân số không tiếp xúc với đợt bùng phát nghiêm trọng hơn trong các mùa sau đó[3].

Khi khảo sát lí do vào viện, chúng tôi nhận thấy hầu hết các trường hợp vào viện là do người chăm sóc trẻ nhận diện được triệu chứng ho của trẻ VTPQC. Tuy nhiên, chỉ có 42,5% số ca bệnh vào viện vì trẻ thở khò khè, trong khi khám lâm sàng phát hiện 100% số bệnh nhân biểu hiện triệu chứng này. Có thể nhận thấy rằng có một tỉ lệ lớn người chăm sóc trẻ không nhận diện được dấu hiệu thở khò khè của trẻ VTPQC, hoặc có nhận diện được nhưng không nhận thức được đây là triệu chứng chỉ điểm của bệnh lý này ở trẻ nhỏ.

Khi so sánh các triệu chứng khám lâm sàng giữa hai nhóm trẻ có và không nhiễm RSV, các triệu chứng tím, rút lõm lồng ngực và thở rên xuất hiện nhiều hơn ở nhóm RSV(+) một cách có

ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, χ^2 test). 69,5% tổng số ca bệnh có ran ngáy và ran rít khi nghe phổi, một bộ phận các bệnh chỉ biểu hiện ran ngáy (23,9%) hoặc ran rít (6,6%).

Khảo sát cận lâm sàng, chúng tôi ghi nhận tình trạng giảm bạch cầu hạt trung tính gặp ở 94/159 (36,3%) tổng số ca bệnh. Trong khi đó, chỉ có 37/259 (14,3%) số ca bệnh có tình trạng tăng tỉ lệ bạch cầu hạt trung tính. Tình trạng giảm bạch cầu hạt trung tính trong máu ngoại vi cũng được ghi nhận bởi một số nghiên cứu trước đây, cho thấy việc nhiễm một số loại virus là nguyên nhân dẫn tới tình trạng giảm bạch cầu hạt trung tính có thể do ức chế sự tân sinh ở tủy xương hoặc do phá hủy tế bào này trong máu ngoại vi[5].

Phương pháp điều trị chính cho bệnh viêm tiểu phế quản cấp tính do RSV ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ là chăm sóc hỗ trợ. Theo khuyến cáo, độ bão hòa oxy từ 90% trở lên là đủ cho trẻ bị viêm tiểu phế quản[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4,5% số ca VTPQC cần hỗ trợ thở oxy với đa số ca bệnh ở nhóm trẻ RSV(+). Ngoài ra, tuy việc sử dụng thường quy hiện không được khuyến cáo áp dụng trong một số hướng dẫn về điều trị VTPQC ở trẻ nhỏ tại một số nước[7], các biện pháp hỗ trợ khác được áp dụng như khí dung salbutamol hoặc adrenalin, sử dụng corticoid dạng khí dung hoặc đường uống được áp dụng cho các trường hợp VTPQC cho thấy có đáp ứng tốt với liều điều trị ban đầu của mỗi biện pháp này, chủ yếu giúp giảm triệu chứng khó thở ở trẻ VTPQC.

Kết cục đợt điều trị của 259 ca VTPQC trong nghiên cứu này cho thấy hầu hết các ca bệnh được chữa khỏi. Tuy nhiên, vẫn có 6/259 (2,3%) số ca bệnh chuyển nặng cần chuyển tuyến. Đặc biệt, số ca bệnh nặng chuyển tuyến ở nhóm RSV(+) lên đến 10,5%. Đây là một trong những đặc điểm khác biệt rất đáng chú ý của diễn biến của VTPQC sau các đợt dịch COVID-19 so với khảo sát năm 2019-2020 tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng với tất cả các ca bệnh được điều trị khỏi, không có ca nào cần chuyển tuyến[2]. Bên cạnh đó, thời gian điều trị nội trú trung bình ở cả hai nhóm trẻ có nhiễm và không nhiễm RSV có xu hướng kéo dài hơn so với kết quả khảo sát năm 2019-2020, đặc biệt là ở nhóm trẻ VTPQC có RSV(-)[2]. Chúng tôi nhận thấy xu hướng xuất hiện tình trạng tăng nặng của VTPQC, đồng thời thời gian đợt điều trị nội trú cũng bị kéo dài hơn so với một nghiên cứu trước đây của N. K. Leidy và cộng sự tại Mỹ cho thấy thời gian trung bình của đợt điều trị nội trú chỉ là $5,8 \pm 8$ ngày[8].

V. KẾT LUẬN

Viêm tiểu phế quản cấp vẫn là một bệnh lý cần được lưu ý trên thực hành lâm sàng, nhất là với xu hướng biến đổi tính chất của một số đặc điểm của bệnh sau dịch COVID-19 ghi nhận được như: tỉ lệ nhóm trẻ trên 6 tháng mắc VTPQC gia tăng; tỉ lệ trẻ VTPQC có nhiễm RSV giảm xuống gợi ý tới một hoặc một số loại bệnh nguyên khác đang có xu hướng gia tăng; xuất hiện các ca bệnh nặng cần chuyển tuyến điều trị và thời gian điều trị nội trú trung bình cũng có xu hướng bị kéo dài ra so với trước đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Florin, T.A., A.C. Plint, and J.J. Zorc, Viral bronchiolitis. *The Lancet*, 2017. 389(10065): p. 211-224.
2. Đinh Dương Tùng Anh và cs., Đặc điểm của viêm tiểu phế quản cấp có nhiễm RSV tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019-2020. *Tạp chí Y*

- học Việt Nam, 2021. 503(Tháng 6 - Số đặc biệt - Phần 2): p. 17-23.
3. Garg, I., R. Shekhar, and A.B. Sheikh, Impact of COVID-19 on the Changing Patterns of Respiratory Syncytial Virus Infections. 2022. 14(4): p. 558-568.
4. Bộ Y tế, Viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em, trong Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. 2015. p. 275-278.
5. Shamsizadeh, A., et al., Evaluation of the Most Common Viral Causes of Fever and Neutropenia in Children Hospitalized in Abuzar Children's Medical Center in Ahvaz, Iran. *Jundishapur J Microbiol*, 2023. 16(4): p. e135198.
6. Ralston, S.L., et al., Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*, 2014. 134(5): p. e1474-502.
7. Laura, P., J. Tiago, and N. Raffaella, The treatment of acute bronchiolitis: past, present and future. *Breathe*, 2017. 13(1): p. e24.
8. Leidy, N.K., et al., The impact of severe respiratory syncytial virus on the child, caregiver, and family during hospitalization and recovery. *Pediatrics*, 2005. 115(6): p. 1536-46.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM NHIỄM VIÊM GAN VIRUS B, C TRÊN BỆNH NHÂN CẮT GAN DO HCC TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thế Anh¹, Trịnh Huy Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm nhiễm virus viêm gan B, C ở bệnh nhân phẫu thuật cắt gan do HCC tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 228 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do HCC (có chẩn đoán giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là HCC) bao gồm (47 ca cắt gan phân thùy trước, 33 ca cắt gan phân thùy sau, 38 ca cắt gan trung tâm và 110 ca cắt gan phải theo giải phẫu) tại khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K trong thời gian từ năm 2019 đến năm 2023. **Kết quả nghiên cứu:** Tỉ lệ nam:nữ: 9.4:1. Độ tuổi trung bình: 56.1. Các loại hình cắt gan bao gồm: 47 ca cắt gan phân thùy trước (20.6%), 33 ca cắt gan phân thùy sau (14.5%), 38 ca cắt gan trung tâm (16.7%) và 110 ca cắt gan phải (48.2%). Tiền sử viêm gan B, C: 105 ca (46.1%). Xét nghiệm HBsAg, HCV dương tính: 183 ca (182 ca nhiễm đơn độc và 1 ca đồng nhiễm viêm gan B, C) chiếm 80.3%. Tỉ lệ AFP < 20 ng/ml là 77 ca (33.8%), từ 20 – 400 ng/ml là 58 ca (25.4%) và trên 400ng/ml là 93 ca (40.8%); nhóm bệnh nhân viêm gan B, C và đồng nhiễm viêm gan B, C có 25.4% AFP trong giới hạn bình thường. **Kết**

luận: Viêm gan B, C là yếu tố nguy cơ cao ở bệnh nhân phẫu thuật HCC, chiếm tỉ lệ 80.3%. Tuy nhiên, tiền sử viêm gan B, C chỉ chiếm 46.1%, chứng tỏ việc tầm soát viêm gan còn hạn chế.

Từ khóa: Viêm gan virus B, C; HCC, cắt gan.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF HEPATITIS B, C VIRUS INFECTION IN PATIENTS UNDERGOING LIVER RESECTION FOR HCC AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: Describe some characteristics of hepatitis B and C virus infection in patients undergoing liver resection due to HCC at national cancer Hospital. **Research subjects and methods:** A retrospective descriptive study on 228 patients undergoing surgery. Hepatectomy due to HCC (with post-operative pathological diagnosis of HCC) included (47 cases of right anterior sectionectomy, 33 cases of right posterior sectionectomy, 38 cases of central hepatectomy and 110 cases of right hepatectomy) at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery - K Hospital from 2019 to 2023. **Research results:** Male: female ratio: 9.4:1. Average age: 56.1. Types of hepatectomy included 47 anterior segment hepatectomies (20.6%), 33 posterior segment hepatectomies (14.5%), 38 central hepatectomies (16.7%), and 110 right hepatectomies (48.2%). History of hepatitis B and C: 105 cases (46.1%). Tests for HBsAg and HCV were positive: 183 cases (182 cases of single infection and 1 case of co-infection

¹Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023

Ngày duyệt bài: 5.01.2024