

trung bình của các bệnh nhân sau hoá xạ trị hậu phẫu thuộc nhóm II, chiếm khoảng 44,5% [6]. Các loại u tế bào thần kinh đệm trong nghiên cứu thuộc nhóm bậc cao, là nhóm có tiên lượng tương đối xấu với thời gian tái phát tương đối sớm, đây là yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau hoá xạ trị.

Trong nghiên cứu này, sau kết thúc hoá xạ trị hỗ trợ, đánh giá khách quan theo thang điểm RECIST 1.1 chúng tôi thấy tỉ lệ kiểm soát bệnh khá cao, tỉ lệ này chiếm 96,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Antonio và cộng sự (2014) với tỉ lệ kiểm soát bệnh sau hoá xạ trị là 93%. [7]

## V. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ mắc bệnh chủ yếu ở nam, tuổi trung bình là 45,2
- Đau đầu là triệu chứng nổi bật sau phẫu thuật và sau hoá xạ trị hỗ trợ hậu phẫu, chiếm tỉ lệ lần lượt
- Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật lấy u trước khi được điều trị hoá xạ trị hỗ trợ hậu phẫu với tỉ lệ lấy hoàn toàn u đạt 93,3%.
- Tỉ lệ kiểm soát bệnh theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 là 96,7%

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Bảo Hoàng (2017). Nghiên cứu kết quả hoá xạ trị đồng thời sau phẫu thuật u sao bào đô cao. Luận văn Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.
2. Rasmussen BK, Hansen S, Laursen RJ, Kosteljanetz M, et al (2017). Epidemiology of glioma: clinical characteristics, symptoms, and predictors of glioma patients grade I-IV in the the Danish Neuro-Oncology Registry. Journal of Neuro-oncology, 135(3): 571-579.
3. Trần Thị Kim Tuyền (2022). Nghiên cứu đột biến gen IDH1/2 của u tế bào thần kinh đệm lan toả ở người trưởng thành. Luận văn Tiến sĩ y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Senft C, Bink A, Franz K, et al (2011). Intraoperative MRI guidance and extent of resection in glioma surgery: a randomised, controlled trial. Lancet Oncol. 12 (11). 997-1003.
5. Zhou X, Liao X, Zhang B, et al (2016). Recurrence patterns in patients with high-grade glioma following temozolomide-based chemoradiotherapy. Mol Clin Oncology.
6. Wang Q, Xiao F, Qi F, Song X, Yu Y (2020). Risk Factors for Cognitive Impairment in High-Grade Glioma Patients Treated with Postoperative Radiochemotherapy. Cancer Res Treat.
7. Antonio O, Kathryn B, Philip G, et al (2014). Phase II Study of Bevacizumab, Temozolomide and Hypofractionated Stereotactic Radiotherapy for Newly Diagnosed Glioblastoma. Clin Cancer Res, 20(19), 5023-5031.

# KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Y HỌC CỔ TRUYỀN TRÊN NGƯỜI BỆNH UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN SAU TACE TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thế Anh<sup>1</sup>, Đoàn Minh Thụy<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hà<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và các thể bệnh y học cổ truyền (YHCT) trên người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) sau tắc mạch hóa chất (TACE) tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, giai đoạn 1: khảo sát trên tài liệu chuyên ngành, xây dựng bảng phỏng vấn cho khảo sát trên lâm sàng; giai đoạn 2: tiến hành phỏng vấn trên 209 người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan sau TACE 4 – 8 tuần tại Bệnh viện K trong thời gian từ 8/2023 – 11/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu tài liệu chuyên ngành ghi nhận 5 thể bệnh y học cổ truyền (YHCT), bao gồm: khí trệ huyết ứ, thấp nhiệt tụ độc, can uất tỳ hư, tỳ hư thấp khốn, can thận âm hư. Nghiên cứu lâm sàng thống kê bằng LTMs thành lập 5 thể bệnh tương tự như trong tài liệu chuyên

ngành. **Kết luận:** Khảo sát được 5 thể bệnh lâm sàng theo y học cổ truyền trên người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan sau TACE.

**Từ khóa:** thể bệnh y học cổ truyền, ung thư biểu mô tế bào gan, mô hình cây tìm ẩn.

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS OF TRADITIONAL MEDICINE IN HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENT AFTER TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION AT K HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the clinical characteristics and the patterns of traditional medicine in patients after transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma (HCC). **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted in two phases. Phase 1: Evaluate documents specialized in traditional medicine and build a laboratory for clinical investigation. Phase 2: Interviews 209 patients after transarterial chemoembolization 4 – 8 weeks for hepatocellular carcinoma at K Hospital from August 2023 to November 2023. **Results:** In traditional medicine, documents recorded five types of clinical

<sup>1</sup>Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

<sup>2</sup>Học viện Y – Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024

patterns (Qi blood stagnation, Damp – heat toxicity condensation, Liver invading Spleen deficiency, Liver Kidney deficiency). Clinical: The established five patterns of traditional medicine are similar to those in specialized documents. **Conclusions:** Survey of 5 traditional medicines of clinical patients after transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma. **Keywords:** The patterns of the traditional medicine, Hepatocellular carcinoma (HCC), Latent tree model.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan là loại ung thư phổ biến hàng đầu tại Việt Nam, với số ca mắc mới năm 2020 là 26418 ca, chiếm 14,5% trong tổng số các loại ung thư [1]. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị UTBMTBG như: ghép gan, cắt gan, đốt u gan (RFA), nút mạch hóa chất (TACE), điều trị đích và điều trị các triệu chứng giúp duy trì sự sống. Nút mạch hóa chất là phương pháp được khuyến cáo điều trị UTBMTBG ở giai đoạn trung gian, với thời gian sống thêm trung bình là 20 tháng. Hiện nay đã có nhiều công trình nghiên cứu cho thấy YHCT có đóng góp tích cực trong hỗ trợ điều trị cho người bệnh UTBMTBG sau nút mạch [2].

Để việc điều trị được hiệu quả, yếu tố đầu tiên là phải chẩn đoán chính xác thể bệnh của người bệnh UTBMTBG sau nút mạch, tuy nhiên YHCT không có bệnh danh UTBMTBG [3]. Có rất nhiều tài liệu và công trình nghiên cứu trong và ngoài nước nói về UTBMTBG nói chung và về người bệnh UTBMTBG sau TACE nói riêng. Tuy nhiên, chưa có sự thống nhất giữa các tài liệu về các thể bệnh cả về số lượng và triệu chứng [2]. Hơn nữa các tài liệu đa phần có nguồn gốc chủ yếu từ Trung Quốc. Với điều kiện xã hội, hoàn cảnh sống khác biệt các thể bệnh trong các tài liệu trên có thực sự phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng tại Việt Nam hiện nay? Với mục đích đóng góp cơ sở khoa học để các phương pháp YHCT hỗ trợ điều trị người bệnh UTBMTBG sau nút mạch một cách khoa học, hiệu quả chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Khảo sát đặc điểm lâm sàng y học cổ truyền trên người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan sau TACE tại Bệnh viện K".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Khảo sát tài liệu chuyên ngành: Các sách giáo trình, sách chuyên khảo, báo cáo, bài báo khoa học chuyên ngành YHCT

- Khảo sát trên lâm sàng: 209 người bệnh UTBMTBG sau TACE 4 – 8 tuần tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 8/2023 – 11/2023.

### 2.2. Tiêu chuẩn chọn người bệnh

- Các người bệnh trên 18 tuổi, được chẩn

đoán xác định UTBMTBG theo hướng dẫn của Bộ Y tế 2020 sau TACE 4 – 8 tuần

- Người bệnh không rối loạn ngôn ngữ, không rối loạn nhận thức.

### 2.3. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh

- Người bệnh được điều trị bằng các phương pháp khác như: phẫu thuật, tiêm cồn, đốt sóng cao tần.

- Người bệnh không hợp tác trong quá trình tham gia nghiên cứu.

**2.4. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu cứu mô tả cắt ngang.

### 2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới, tiền sử có nút mạch, tiền sử viêm gan B, C, bệnh lý mạn tính kèm theo (Tăng huyết áp, đái tháo đường).

- Các triệu chứng, chứng hậu chứng trạng y học cổ truyền.

### 2.6. Xử lý số liệu

- Phần mềm SPSS 22.0: sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các test thống kê (t-test, chi-square, pearson) để kiểm định, so sánh.

- Phần mềm Lantern 5.0: thuật toán Extension Adjustment Simplification until Termination (EAST) và sử dụng thông số thông tin tương hỗ tích lũy (CMI=95%) để đo lường mức độ tương quan, công cụ tính điểm cho từng triệu chứng dựa trên nguyên tắc phân loại Naïve Bayes.

**2.7. Ý đức.** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam trước khi được tiến hành.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Giai đoạn 1: Khảo sát tài liệu chuyên ngành.** Dựa vào tiêu chuẩn chọn tài liệu, tổng hợp được 12 tài liệu chuyên ngành YHCT trong và ngoài nước gồm: 3 giáo trình, 4 sách chuyên khảo, 5 bài báo, báo cáo khoa học.

**Bảng 3.1. Khảo sát thể bệnh trong tài liệu chuyên ngành**

STT	Tên thể	Số triệu chứng chẩn đoán	Tần suất
1	Can Thận âm hư	19	10/12
2	Thấp nhiệt tụ độc	16	5/12
3	Can uất Tỳ hư	14	5/12
4	Tỳ hư thấp khớp	19	5/12
5	Khí trệ huyết ứ	12	4/12

Ghi nhận 5 thể bệnh có tần suất xuất hiện  $\geq$  1/3 số tài liệu chuyên ngành đưa vào nghiên cứu. Thể Can Thận âm hư có tần suất xuất hiện cao nhất (10/12), thể Khí trệ huyết ứ có tần suất xuất hiện thấp nhất (4/12).

### 3.2. Giai đoạn khảo sát trên lâm sàng

**3.2.1. Đặc điểm chung**

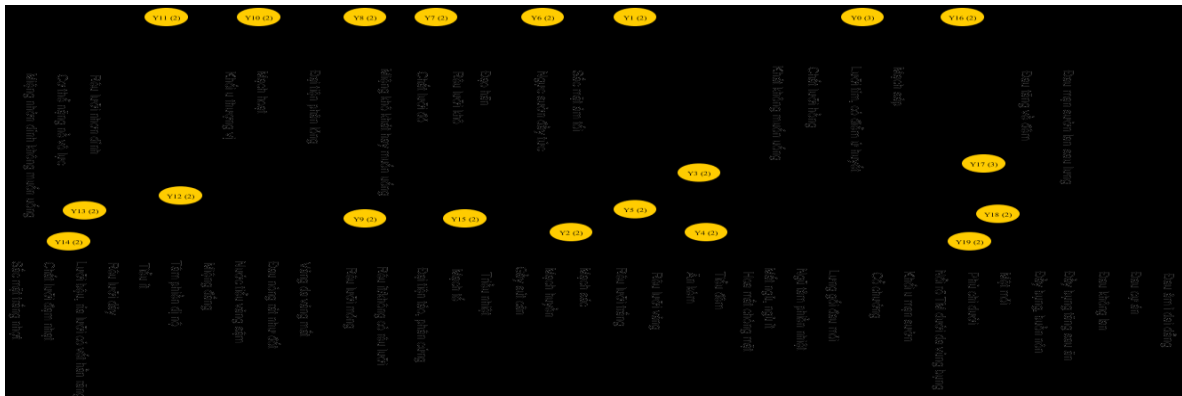
**Bảng 3.2. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		n	%
Tuổi	X ± SD (min-max)	61,23±9,97 (32-84)	
Giới tính	Nam	184	88,0
	Nữ	25	12,0
Tiền sử viêm gan	Nhiễm HBV và/hoặc HCV	186	89,0
	Không nhiễm	23	11,0

	HBV và HCV		
Bệnh lý mạn tính kèm theo (Tăng huyết áp, đái tháo đường)	Có	107	51,2
	Không	102	48,8

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 61,23 ± 9,97, nam giới chiếm 88% (184 NB). Có 98% (186 NB) có tiền sử nhiễm HBV và/hoặc HCV. Tỷ lệ NB có bệnh lý nền kèm theo là 51,2% (107 NB).

**3.2.2. Phân tích triệu chứng YHCT bằng LTMS**



**Hình 3.1. Mô hình cây tiêm ẩn trên 209 NB UTBMTBG sau TACE**

Mô hình có 20 biến tiềm ẩn: Y0 đến Y19. Số trong ngoặc đơn (s0,s1,s2,s3) biểu thị cho số trạng thái có thể có của biến tiềm ẩn. Như Y18(2) có nghĩa là biến tiềm ẩn Y18 có 2 trạng thái s0 và s1.

Sự tương quan giữa biến quan sát (triệu chứng) và biến tiềm ẩn phụ thuộc vào thông tin tương hỗ tích lũy CMI (Cumulative Mutual Information). Xác định các triệu chứng đạt CMI trên 95% (Max CMI = 95 được coi là triệu chứng quan trọng và những biến khác được coi là triệu chứng ít quan trọng, và sẽ bị loại ra khỏi mô hình chẩn đoán.

**Bảng 3.3. Phân tích biến quan sát của mô hình cây tiêm ẩn**

Biến	Triệu chứng quan trọng (Max CMI ≥95%)	Triệu chứng ít quan trọng
Y0	Khát không muốn uống; chất lưỡi hồng; mạch sáp; lưỡi tím có điểm ứ huyết	
Y1	Ngực sườn đầy tức; lưỡi ám tím có điểm ứ huyết	
Y2	Mạch sắc; mạch huyền	Gầy sút cân
Y3	Ngũ tâm phiền nhiệt; lưng gối đau mỏi	
Y4	Tiểu đêm; hoa mắt chóng mặt; mất ngủ, ngủ ít	Chán ăn, ăn kém
Y5	Rêu lưỡi trắng; rêu lưỡi vàng	
Y6	Đạo hãn	

Y7	Chất lưỡi đỏ; rêu lưỡi khô; miệng khô khát hay muốn uống	
Y8	Đại tiện phân lỏng	
Y9	Rêu lưỡi mỏng; rêu lưỡi ít/không rêu	
Y10	Mạch hoạt	Khối u thượng vị
Y11	Rêu lưỡi nhờn dính	Cơ thể nặng nề, vô lực; miệng nhờn dính không muốn uống
Y12	Tâm phiền dị nộ; miệng đắng; nước tiểu vàng sậm	Vàng da, vàng mắt; đau nóng rát như đốt
Y13	Tiểu ít	
Y14	Rêu lưỡi dày; chất lưỡi đậm nhạt; lưỡi bệu, rìa lưỡi có vết hằn răng	Sắc mặt trắng nhợt
Y15	Triều nhiệt; đại tiện táo, phân cứng; mạch tế	
Y16	Đau mạn sườn lan sau lưng; đau tăng về đêm	
Y17	Đau cự ấn; đau không lan	Đau âm ỉ, dai dẳng
Y18	Đầy bụng buồn nôn	Đầy bụng tăng sau ăn
Y19	Nổi rõ TM dưới da vùng bụng	Cổ chướng; phù chi dưới; mệt mỏi; khối u mạn sườn

Ghi nhận 14 triệu chứng có Max CMI < 95% bị loại khỏi mô hình chẩn đoán.

### 3.2.3. Các thể bệnh YHCT trên người bệnh UTBMTBG sau TACE 4-8 tuần

**Bảng 3.4. Thể bệnh y học cổ truyền trên lâm sàng**

STT	The thể bệnh	Triệu chứng chẩn đoán
1	Khí trệ huyết ứ	Đau mạn sườn lan sau lưng hoặc không lan; đau cự án; đau tăng về đêm; lưỡi tím có điểm ứ huyết; rêu lưỡi trắng, mỏng; mạch sáp
2	Thấp nhiệt tụ độc	Đầy bụng, buồn nôn; tâm phiền dị nộ; miệng đắng; tiểu sậm màu; rêu lưỡi nhờn dính; mạch hoạt; mạch sắc; mạch huyền
3	Can uất Tỳ hư	Sắc mặt ám tối, ngực sườn đầy tức, đau mạn sườn cự án; đầy bụng buồn nôn; đại tiện phân lỏng, nát; rêu lưỡi trắng; mạch huyền
4	Tỳ hư thấp khốn	Đầy bụng, buồn nôn; đại tiện phân lỏng; tiểu ít; chất lưỡi đậm nhạt; lưỡi bệu rìa lưỡi có vết hằn răng; rêu lưỡi trắng, dày, nhờn dính; mạch hoạt
5	Can Thận âm hư	Nổi rõ tĩnh mạch dưới da vùng bụng; mắt ngủ; hoa mắt chóng mặt; lưng đau gối yếu; ngũ tâm phiền nhiệt; triều nhiệt; đạo hãn; miệng họng khô khát hay muốn uống nước; đại tiện táo phân cứng; tiểu đêm; chất lưỡi đỏ; rêu lưỡi ít, vàng, khô hoặc không rêu; mạch tế

Sử dụng công cụ tính điểm số cho từng triệu chứng trong Latent dựa trên nguyên tắc phân loại Naïve Bayes triệu chứng chẩn đoán từng thể bệnh: Khí trệ huyết ứ 8 triệu chứng, Thấp nhiệt tụ độc 8 triệu chứng, Can uất Tỳ hư 7 triệu chứng, Tỳ hư thấp khốn 9 triệu chứng, Can Thận âm hư 15 triệu chứng.

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát được 12 tài liệu chuyên ngành bao gồm 7 tài liệu thuộc nhóm sách giáo trình giảng dạy tại các trường đại học, học viện, sách chuyên khảo trong và ngoài nước cùng 5 tài liệu thuộc nhóm bài báo, báo cáo khoa học. So với đề tài "Bước đầu xác định tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh cảnh y học cổ truyền trên người bệnh vảy nến tại bệnh viện đa liễu thành phố Hồ Chí Minh" của tác giả Trần Thị Thanh Loan (2018) [4] với 6 tài liệu chuyên ngành gồm 4 sách giáo trình và 2 sách chuyên khảo, chúng tôi đã mở rộng thêm phạm vi tài liệu chuyên ngành là các bài báo, nghiên cứu đã được công bố để tăng tính khoa học cho nghiên

cứu. Ngôn ngữ các tài liệu khảo sát đa số là tiếng Trung. Qua đây cho thấy các sách bệnh học kết hợp Đông Tây y và giáo trình ở nước ta còn ít viết về bệnh UTBMTBG.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là  $61,23 \pm 9,97$  tuổi (lớn nhất 84 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 32). Kết quả này tương tự như các nghiên cứu về UTBMTBG ở trong nước [5]. Trong số 209 người bệnh nghiên cứu, nam giới chiếm đa số với tần số 184 (88%) và nữ là 25 chiếm 12%. Điều này có thể giải thích do nam giới tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ như rượu, bia, thuốc lá hơn nữ giới. Độ tuổi trung bình >60 tuổi phản ánh quá trình tích lũy lâu dài của các yếu tố nguy cơ.

Có 57 triệu chứng tổng hợp từ tài liệu chuyên ngành được đưa vào phân tích LTMs ghi nhận 20 biến tiềm ẩn (Y0 đến Y19) và một tập hợp các biến quan sát đi kèm. Qua phân tích gộp và giải thích dựa trên hệ thống lý thuyết YHCT ghi nhận 5 thể lâm sàng tương tự kết quả khảo sát tài liệu chuyên ngành gồm: Khí trệ huyết ứ, Thấp nhiệt tụ độc, Can uất Tỳ hư, Tỳ hư thấp khốn, Can Thận âm hư. Tuy nhiên các triệu chứng chẩn đoán trong từng thể bệnh có sự khác biệt giữa trên lâm sàng và trong tài liệu chuyên ngành. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Ánh Hằng (2019) [6] có không ít triệu chứng có tần suất xuất hiện cao trong tài liệu nhưng lại không phải là triệu chứng chẩn đoán của các thể bệnh trên lâm sàng. Số lượng các triệu chứng chẩn đoán trên lâm sàng cũng ít hơn so với trong tài liệu chuyên ngành. Sự khác biệt này có thể giải thích do trong tài liệu chuyên ngành chỉ mô tả các thể bệnh của bệnh UTBMTBG nói chung mà không phân rõ giai đoạn, trước sau điều trị. Trong khi đó đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là người bệnh UTBMTBG sau TACE, độ tuổi trung bình trên 60 tuổi, có tới 107 NB (51,2%) có bệnh lý nền (Tăng huyết áp, đái tháo đường) kèm theo. Bên cạnh đó, khảo sát qua 2 giai đoạn có thể thấy có một triệu chứng nhưng lại xuất hiện ở nhiều thể bệnh dẫn đến sự thiếu đặc trưng của triệu chứng đó trong một thể bệnh nhất định. So sánh với nghiên cứu của tác giả Lê Ngô Minh Như (2022) tương tự như nghiên cứu của chúng tôi: giai đoạn khảo sát tài liệu chuyên ngành ghi nhận 8 thể bệnh YHCT và giai đoạn khảo sát lâm sàng xác định 8 thể bệnh tương tự và không ghi nhận thể bệnh ngoài tài liệu chuyên ngành.

Kết quả về các triệu chứng chẩn đoán từng thể bệnh trên lâm sàng qua phân tích mô hình cây tiềm ẩn bằng phần mềm Lantern 5.0 là kết

quả của các thuật toán khách quan. Nghiên cứu viên không cung cấp bất cứ định nghĩa, khái niệm nào về triệu chứng cho phần mềm. Để xây dựng mô hình LTMs hoàn toàn dựa trên quy luật xuất hiện đồng thời của các triệu chứng (biến quan sát). Các triệu chứng YHCT đã được mô tả từ hàng ngàn năm, có tính xã hội nhưng lại thiếu tính khoa học, mô hình LTMs được sử dụng để phân tích những dữ liệu mang tính xã hội, khó quan sát hay đo lường một cách trực tiếp. Do đó xây dựng nên mô hình LTMs là rất có ích trong việc xây dựng, chứng minh các lý thuyết YHCT.

## V. KẾT LUẬN

Đề tài thực hiện trên 209 người bệnh UTBMTBG sau TACE 4 – 8 tuần. Dựa trên phân tích mô hình LTMs các triệu chứng có thông tin tương hỗ tích lũy đạt 95% ghi nhận 5 thể bệnh y học cổ truyền gồm: Khí trệ huyết ứ, Thấp nhiệt tụ độc, Can uất Tỳ hư, tỳ hư thấp khớp. Can Thận âm hư.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN** (2020), Viet Nam - Global Cancer Observatory.
2. **C. W. Tang et al** (2016), "Chinese herbal

medicine, Jianpi Ligan decoction, improves prognosis of unresectable hepatocellular carcinoma after transarterial chemoembolization: a retrospective study", Drug Des Devel Ther, 10, pp. 2461-2466.

3. **Trần Quốc Bảo** (2020), Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền và ứng dụng lâm sàng (Dùng cho sau đại học), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 637-660.
4. **Trần Thị Thanh Loan** (2018), "Bước đầu xác định tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh cảnh y học cổ truyền trên bệnh nhân vảy nến tại bệnh viện đa liệu thành phố Hồ Chí Minh", Đại học Y Dược TP HCM.
5. **Ngô Quốc Bộ, Đặng Đình Phúc, Ngô Tuấn Minh** (2022), "Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được can thiệp nút mạch hóa chất siêu chọn lọc tại bệnh viện K", Tạp chí Y học Việt Nam, 519(1), tr. 354-358.
6. **Phạm Thị Anh Hằng, Nguyễn Thị Bay** (2019), "Xác định tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh cảnh y học cổ truyền của Hội chứng Tiền mãn kinh-Mãn kinh bằng mô hình cây tìm ẩn", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 23(4), tr. 44-50.
7. **Lê Ngô Minh Như, Trịnh Thị Diệu Thường** (2022), "Khảo sát các thể lâm sàng t học cổ truyền của hội chứng đau bụng kinh nguyên phát trên sinh viên nữ tại các trường đại học trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học Việt Nam, 520(1B), tr 326-331.

# TỶ LỆ BIẾN CHỨNG NHIỄM KHUẨN TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 TỪ THÁNG 01/2021 ĐẾN THÁNG 08/2022

Huỳnh Thị Vũ Quỳnh<sup>1,2</sup>, Lê Triệu Khải<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hội chứng thận hư (HCTH) là một trong những bệnh lý cầu thận thường gặp nhất ở trẻ em. Sự kết hợp của sinh lý bệnh thận hư và quá trình điều trị thuốc ức chế miễn dịch đã dẫn đến nguy cơ cao xuất hiện biến chứng nhiễm trùng, đây là biến chứng thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các bệnh nhân HCTH trên toàn thế giới. Ở các nước đã phát triển, tần suất xảy ra biến chứng nhiễm trùng trên bệnh nhân HCTH đã giảm nhiều; tuy nhiên đó vẫn là vấn đề cần quan tâm ở các nước đang phát triển, chủ yếu là các nước châu Á. Việc xác định tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng, đặc điểm của biến chứng này cũng như yếu tố nguy cơ là cần thiết với các nhà lâm sàng. **Mục tiêu:** Mô tả được đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng, yếu tố nguy

cơ và đáp ứng điều trị của các bệnh nhân HCTH nguyên phát có biến chứng nhiễm trùng nhập viện tại Khoa Thận – Nội tiết – Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 01/2021 – 08/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang mô tả. **Kết quả - kết luận:** Từ tháng 1/2021 đến tháng 8/2022, tại khoa Thận – Nội Tiết – Bệnh viện Nhi Đồng 2 có tất cả 264 bệnh nhi chẩn đoán HCTH với 376 lượt nhập viện và đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Trong đó có 109 bệnh nhi có xuất hiện biến chứng nhiễm trùng, chiếm tỉ lệ 41,3%, với nhiễm trùng thường gặp nhất là hô hấp dưới, viêm mô tế bào, hô hấp trên, và viêm phúc mạc nguyên phát. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là  $7,17 \pm 4,04$  tuổi, với tỉ lệ nam/nữ tương đương 2/1. Tỷ lệ trẻ có địa chỉ TP.HCM chỉ chiếm 12,8%. Triệu chứng gợi ý nhiễm trùng bao gồm sốt 36,7%, tăng bạch cầu đa nhân trung tính 49,5%, CRP tăng 45%. Kết quả cấy vi sinh với một nửa trường hợp gồm 3 ạc ra *Pseudomonas aeruginosa*. Yếu tố nguy cơ nhiễm trùng bao gồm trẻ có sốt với OR = 19,23 (CI 95%: 4,231-87,401;  $p < 0,001$ ) và CRP > 10mg/l với OR = 7,316 (CI 95%: 2,651-20,19;  $p < 0,001$ ). Tỷ lệ dùng kháng sinh 92,7%, đáp ứng tốt và không có ca nào tử vong.

**Từ khóa:** hội chứng thận hư, nhiễm trùng.

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Đồng 2

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Tp.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Vũ Quỳnh

Email: quynh.huynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024