

- Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, CA CANCER J CLIN, 2018;0:3-31.
4. **David A. Green (2013).** Urothelial Carcinoma of the Bladder and the Upper Tract: Disparate Twins. the journal of urolog. 189 (2013), 1214-1221,
 5. **Dean F. Bajorin và cộng sự (1999).** Long-Term Survival in Metastatic Transitional-Cell Carcinoma and Prognostic Factors Predicting Outcome of Therapy. Clin Oncol 17(1999), 3173-3181
 6. **Dogliotti L, Carten G, SienaSet al (2007),** Gemcitabine plus Cisplatin versus Gemcitabine plus Carboplatin as First-Line Chemotherapy in Advanced Transitional Cell Carcinoma of the Urothelium: Results of a Randomized Phase 2 Trial, European urology, 52 (2007) 134-141
 7. **Donald Kaufman và cộng sự (2000).** Phase II Trial of Gemcitabine Plus Cisplatin in Patients With Metastatic Urothelial Cancer. J Clin Oncol 18 (2000), 1921-1927
 8. **H. von der Maase và cộng sự (1999).** Weekly gemcitabine and cisplatin combination therapy in patients with transitional cell carcinoma of the urothelium: A phase II clinical trial. Annals of Oncology 10: 1461-1465.
 9. **H. von der Maase và cộng sự (2000).** Gemcitabine and Cisplatin Versus Methotrexate, Vinblastine, Doxorubicin, and Cisplatin in Advanced or Metastatic Bladder Cancer: Results of a Large, Randomized, Multinational, Multicenter, Phase III Study. Journal of Clinical Oncology, 17-17 (2000), tr 3068-3077
 10. **Lorusso V, Manzione L, De Vita F và cộng sự (2015),** Gemcitabine plus cisplatin for advanced transitional cell carcinoma of the urinary tract: a phase II multicenter trial, J Urol. 2000 Jul;164(1):53-6.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VỚI CHỈ SỐ FIBROSCAN TRONG CHẨN ĐOÁN XƠ HÓA GAN Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN 199

Đỗ Văn Tá¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ số Fibroscan trên đối tượng nghiên cứu. Đánh giá mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng với chỉ số Fibroscan trên bệnh nhân xơ hóa gan. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Tỷ lệ có xơ hóa gan 75,4% trường hợp. Trong đó tỷ lệ có xơ hóa đa số ở giai đoạn F2 (xơ hóa vừa) chiếm 50,2%, xơ hóa nhẹ (F1) là 15,5%, xơ hóa nặng (F3) là 6,6% và chỉ có 3,0% ở giai đoạn xơ gan (F4). Người cao tuổi có tỷ lệ xơ hóa gan cao, tăng dần theo tuổi, giới tính nam, thói quen sử dụng rượu bia, rối loạn chuyển hóa lipid. Thói quen sử dụng rượu bia làm tăng nguy cơ xơ hóa gan (OR=11,56). Rối loạn lipid máu làm tăng nguy cơ xơ hóa gan (OR=5,587), Viêm gan virus B mạn tính làm tăng nguy cơ xơ hóa gan (OR=5,587), viêm gan virus (OR=5,587). **Kết luận:** Rất ít trường hợp có triệu chứng lâm sàng. Có 10,8% bệnh nhân có biểu hiện chán ăn, 8,4% có biểu hiện đau tức hạ sườn phải và 31,1% bệnh nhân có tăng AST. Có 29,3% bệnh nhân tăng ALT. Tỷ lệ có xơ hóa đa số ở giai đoạn F2 (xơ hóa vừa) chiếm 50,2%, xơ hóa nhẹ (F1) là 15,5%, xơ hóa nặng (F3) là 6,6% và chỉ có 3,0% ở giai đoạn xơ gan (F4). Rối loạn lipid máu làm tăng nguy cơ xơ hóa gan (OR=5,587), Viêm gan virus B mạn tính làm tăng nguy cơ xơ hóa gan (OR=5,587), viêm gan virus (OR=5,587). **Từ khóa:** Xơ hóa gan, đo độ đàn hồi gan.

SUMMARY

SEARCHING THE RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL AND PARA-CLINICAL RESULTS AND THE FIBROSCAN INDEX IN THE DIAGNOSIS OF LIVER FIBROSIS IN PATIENTS COMING FOR EXAMINATION AND TREATMENT AT THE 199 HOSPITAL

Objective: Describe clinical and paraclinical results and Fibroscan index on subjects of the research. Evaluate the relationship between clinical and paraclinical symptoms with Fibroscan index in patients with Liver Fibrosis. **Research method:** A cross-sectional description with analysis. **Results:** The rate of Liver Fibrosis is 75.4% of total. Of which, the majority of Fibrosis in stage F2 (moderate fibrosis) accounts for 50.2%, mild Fibrosis (F1) is 15.5%, severe Fibrosis (F3) is 6.6% and only 3.0% in Cirrhosis stage (F4). Elderly people have a high rate of liver fibrosis, which gradually increases with age, male gender, alcohol use habits, and lipid metabolism disorders. Habitual alcohol use increases the risk of liver fibrosis (OR=11.56). Dyslipidemia increases the risk of liver fibrosis (OR=5.587), chronic hepatitis B increases the risk of liver fibrosis (OR=5.587), viral hepatitis (OR=5.587). **Conclusion:** a very few cases of clinical symptoms. 10.8% of patients show signs of loss of appetite, 8.4% showed signs of right upper quadrant pain and 31.1% of patients had increased AST. There are 29.3% of patients with increased ALT. The majority of fibrosis in stage F2 (moderate fibrosis) accounts for 50.2%, mild fibrosis (F1) is 15.5%, severe Fibrosis (F3) is 6.6% and only 3.0% in Cirrhosis stage (F4). Dyslipidemia increases the risk of Liver fibrosis (OR=5.587), chronic hepatitis B increases the risk of Liver Fibrosis (OR=5.587), viral hepatitis

¹Bệnh viện 199 - Bộ Công an

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Tá
Email: quangta2007.med.@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.2.2024
Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024
Ngày duyệt bài: 10.4.2024

(OR=5.587). **Keywords:** Liver fibrosis, measuring liver elasticity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ hóa gan là hậu quả của tổn thương mạn tính ở gan, biểu hiện bởi sự tích tụ cơ chất gian bào do sự mất cân bằng giữa sản xuất, lắng đọng và phá hủy (1). Xơ hóa gan sẽ diễn tiến từ từ đến xơ gan (1). Bệnh xơ hóa gan là một bệnh phổ biến ở người cao tuổi và xơ gan là nguyên nhân gây tử vong cao trong các bệnh về gan trên thế giới. Trước thực tế này, việc xác định mức độ xơ hóa gan sớm và chính xác đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán, tiên lượng cũng như chỉ định và đáp ứng điều trị trong quá trình theo dõi bệnh nhân bệnh gan mạn tính. Cho đến nay, để phát hiện sớm xơ hóa gan cần phải sinh thiết gan, nó được xem là "tiêu chuẩn vàng" trong chẩn đoán giai đoạn xơ hóa gan. Tuy nhiên, đây là một thủ thuật xâm lấn, đau đớn, và có thể gây ra tai biến do sinh thiết gan. Vì vậy, đo độ đàn hồi gan thoáng qua (FibroScan) là một kỹ thuật có nhiều hứa hẹn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng với chỉ số FIBROSCAN trong chẩn đoán xơ hóa gan ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện 199" với 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ số Fibroscan trên đối tượng nghiên cứu
2. Đánh giá mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng với chỉ số Fibroscan trên bệnh nhân xơ hóa gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại Bệnh viện 199 từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023.

Đối tượng nghiên cứu: Tuyển bệnh ngẫu nhiên trên các bệnh nhân đến khám có làm siêu âm đàn hồi mô gan thời gan từ 10 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các bệnh lí: viêm gan hoạt động, ứ mật. Bệnh nhân có tổn thương cục bộ trong vùng đo: u gan, nang gan, áp xe gan... hoặc có dịch ổ bụng lượng nhiều, khoang gian sườn quá hẹp. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Sử dụng công thức ước lượng 1 tỷ lệ

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

- + n: cỡ mẫu tối thiểu hợp lý
- + p: ước đoán tỷ lệ bệnh nhân được đo độ

đàn hồi mô gan tại bệnh viện 199 là 0,07 (tức 7%)

- + α: mức ý nghĩa thống kê là 0,05
- + Z: Giá trị tương ứng của hệ số tin cậy: Z = 1,96.
- + d: Sai số cho phép 4% (d = 0,04)

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là: n = 156

Chọn mẫu thuận tiện, tất cả đối tượng nghiên cứu đáp ứng tiêu chí chọn mẫu sẽ được chọn vào nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu.

Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu:

+ **Đặc điểm chung đối tượng:** tuổi; giới; BMI, tiền sử: uống rượu, tiền ngừa viêm gan B, mắc viêm gan B và C.

+ **Tình trạng xơ hóa gan:** Kết quả siêu âm đo độ đàn hồi gan, mức độ xơ hóa gan gồm 5 giai đoạn theo Metavir (2) :

F0: không có xơ hóa gan.

F1: xơ hóa ở khoảng cửa và quanh khoảng cửa, không có dải xơ hóa (xơ hóa nhẹ).

F2: xơ hóa gan ở khoảng cửa và quanh khoảng cửa, kèm theo ít các dải xơ hóa (xơ hóa vừa hay xơ hóa đáng kể).

F3: xơ hóa gan ở khoảng cửa và quanh khoảng cửa, kèm theo nhiều các dải xơ hóa (xơ hóa nặng).

F4: xơ gan thật sự.

+ **Một số yếu tố liên quan:** đặc điểm chung của đối tượng (tuổi, giới); tình trạng suy dinh dưỡng (BMI); Mắc bệnh viêm gan siêu vi B, C mạn); uống nhiều rượu bia.

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Phòng vận trực tiếp bệnh nhân kết hợp xem hồ sơ bệnh án và phiếu kết quả siêu âm đo độ đàn hồi gan.

Xử lý và phân tích số liệu: Nhập và xử lý số liệu qua phần mềm SPSS 22.0. Số liệu thống kê mô tả được trình bày theo tần số, tỷ lệ. Thống kê phân tích sử dụng kiểm định Khi bình phương để đánh sự khác biệt với mức ý nghĩa thống kê 5%.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức Bệnh viện 199 Bộ Công An theo công văn số 05/BV199 – HĐ ĐĐYK ngày 10/02/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu. Bảng 1 cho thấy tỷ lệ đối tượng từ 41 đến 60 tuổi chiếm 52,1%. Tỷ lệ nam cao hơn nữ với 79,0% nam. 44,3% đối tượng nghiên cứu có thói quen uống nhiều rượu bia.

Bảng 1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n = 167)	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi		

≤ 40 tuổi	58	34,7
41-60 tuổi	87	52,1
≥ 61 tuổi	22	13,2
Trung bình (Mean): 45,54	Độ lệch chuẩn (±SD): 10,97	
Giới		
Nam	132	79
Nữ	35	21
Thói quen uống rượu, bia		
Có	74	44,3
Không	93	55,7

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Bảng 2 cho thấy 8,4% bệnh nhân đến khám có dấu hiệu đau tức hạ sườn phải, 10,8% bệnh nhân có dấu hiệu chán ăn, 31,1% bệnh nhân có tăng AST, 29,3% bệnh nhân tăng ALT. Tỷ lệ đối tượng có tiền sử mắc viêm gan siêu vi B là 22,2% và viêm gan siêu vi C là 9,6%. Có 46,7% đối tượng có gan nhiễm mỡ. 51,5% có rối loạn lipid máu và 19,2% có điều trị ĐTĐ típ 2.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Đặc điểm (n=167)	Số lượng(n)	Tỷ lệ %
Chán ăn	Có	18 (10,8)
	Không	149 (89,2)
Đau tức hạ sườn phải	Có	14 (8,4)
	Không	153 (91,6)
Béo phì	Có	59 (35,3)
	Không	108 (64,7)
Rối loạn lipid máu	Có RLLP máu	86 (51,5)
	Không có RLLP máu	81 (48,5)
Đái tháo đường típ 2	Có	32 (19,2)
	Không	135 (80,8)
AST	Tăng	52 (31,1)
	Không tăng	115 (68,9)
ALT	Tăng	49 (29,3)
	Không tăng	118 (70,7)
Viêm gan virus B	Có	Có
	Không	Không
Viêm gan virus C	Có	Có
	Không	Không
Gan nhiễm mỡ	Có	78 (46,7)
	Không	89 (53,3)
Tổng	167	100

Đặc điểm xơ hóa gan ở đối tượng nghiên cứu. Bảng 3 cho thấy có 50,2% bệnh nhân có xơ hóa gan F2, 6,6% bệnh nhân có xơ hóa gan F3, 3,0% xơ hóa gan F4.

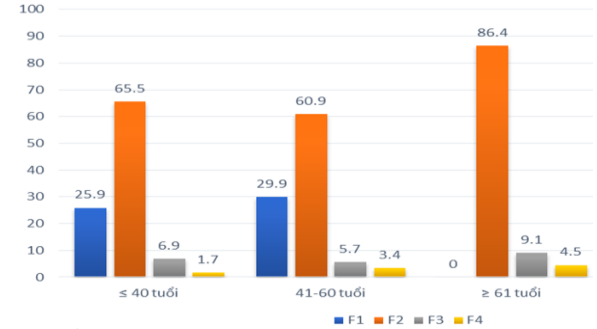
Bảng 3. Đặc điểm xơ hóa gan

Xơ hóa gan	n	%
F0	41	24,6
F1	26	15,5
F2	84	50,2
F3	11	6,6

F4	5	3,0
Tổng	167	100

Liên quan giữa xơ hóa gan bằng kỹ thuật Fibroscan và nhóm tuổi.

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có xơ hóa gan tăng dần theo tuổi.



Biểu đồ 1. Phân bố Xơ hóa gan theo từng nhóm tuổi

Đánh giá các mối liên quan giữa xơ hóa gan và một số yếu tố nguy cơ

Bảng 4 cho thấy có mối liên quan giữa viêm gan siêu vi B, C uống nhiều rượu bia, gan nhiễm mỡ, rối loạn lipid máu với xơ hóa gan.

Bảng 4. Mối liên quan của xơ hóa gan với các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Xơ hóa gan		Tổng (n=167)	
	Không	Có		
BMI kg/m ²	< 25	29	79	108
	≥ 25	12	47	59
	OR(95% KTC); p	1,438 (0,67- 3,08); 0,3		
Thói quen sử dụng rượu bia	Có	4	70	74
	Không	37	56	93
	OR(95% KTC); p	11,56 (3,88 – 34,38); 0,001		
Gan nhiễm mỡ	Không	31	58	89
	Có	10	68	78
	OR(95% KTC); p	3,63 (1,64 – 8,04); 0,001		
HbsAg	Không	37	93	130
	Có	4	33	37
	OR(95% KTC); p	3,282 (1,087 – 9,914); 0,02		
HCV	Không	40	111	151
	Có	1	15	16
	OR(95% KTC); p	5,405 (0,692 – 42,252); 0,05		
Rối loạn lipid máu	Không	32	49	81
	Có	9	77	86
	OR(95% KTC); p	5,587 (2,457 – 12,707); 0,001		

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi là

45,54 ± 10,97 năm. Trong đó nhóm tuổi 41- 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 52,1%. Kết quả này tương đương với phần lớn các nghiên cứu về xơ hóa gan của các quốc gia khác như nghiên cứu của tác giả Shi X cùng cộng sự trên 146 bệnh nhân bị xơ hóa gan thì độ tuổi trung bình là 48,87±11,95 tuổi (3). Kết quả này khác biệt so với các nghiên cứu khác, nghiên cứu của tác giả Lư Quốc Hùng thì độ tuổi trung bình nghiên cứu của ông là 59,31 ± 10,94 (4). Bệnh xơ hóa gan ngày càng gia tăng, tỷ lệ mắc bệnh của nam cao hơn nữ. So sánh với nghiên cứu của Kim Thanh Hùng và cộng sự tỷ lệ nam chiếm 97,9% (5). So sánh với nghiên cứu của tác giả Al Danaf L cùng cộng sự bệnh xơ hóa gan thường gặp ở nam hơn so với nữ giới (61,6% so với 38,4%, p<0,05) (6). Như vậy nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nam nhiều hơn nữ. Các báo cáo gần đây cho thấy mối quan hệ nhân quả giữa tích tụ mỡ thừa, kháng insulin và tiến triển thành xơ hóa. Mặc dù cơ chế kháng insulin do béo phì và mối liên quan của nó với xơ gan vẫn chưa được hiểu đầy đủ, nhưng các nghiên cứu gần đây cho thấy có sự tương tác phức tạp giữa mô mỡ và gan thông qua adipokine và các cytokine gây viêm (7). Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có thói quen sử dụng rượu bia 46,7% phù hợp với nghiên cứu của tác giả Kim Thanh Hùng nghiên cứu trên 953 cán bộ cao cấp thì tỷ lệ sử dụng rượu bia là 53,9%. Thói quen sử dụng rượu bia sẽ làm tăng nguy cơ xơ hóa gan, chiếm 20% nguyên nhân gây xơ hóa gan (5). Mặc dù 30-40% số người mắc bệnh gan nhiễm mỡ đơn giản sẽ tiến triển thành viêm gan nhiễm mỡ, nhưng 74% bệnh nhân viêm gan nhiễm mỡ sẽ tiến triển thành tổn thương gan nặng hơn, bao gồm xơ hóa và xơ gan (7).

Kết quả của chúng tôi cho thấy có 126/167 chiếm tỷ lệ 75,4% bệnh nhân có xơ hóa gan trong so sánh với tác giả Kim Thanh Hùng thì tỷ lệ xơ hóa gan chỉ 19,9% thấp hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi (5). Tuy nhiên so với nghiên cứu của tác giả Trần Bảo Nghi thì tỷ lệ này cao hơn rất nhiều (8).

Tuổi là một yếu tố tác động không thể tránh khỏi của xơ hóa gan, liên quan đến sự suy thoái của gan theo thời gian, xơ hóa gan thường gặp ở độ tuổi sau 40 tuổi và tăng nhiều sau 55 tuổi (1). Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có tuổi cao hơn thì có tỷ lệ xơ hóa gan cao hơn, với kết quả này phù hợp với dịch tễ bệnh xơ gan (1) và các nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương và cộng sự (2021) ghi nhận 75,5% bệnh nhân xơ gan thuộc nhóm 41-

60 tuổi, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa (2021) ghi nhận có đến 95% đối tượng nghiên cứu từ 50 tuổi trở lên hơn (5, 9, 10). Từ đó cho thấy, tuổi càng cao thì tỷ lệ xơ hóa gan càng cao. Hội chứng chuyển hóa là một trong những yếu tố nguy cơ của xơ gan, đặc biệt là béo phì. Béo phì liên quan đến tình trạng nhiễm mỡ của gan và dẫn đến xơ hóa gan do gan nhiễm mỡ, trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng có gan nhiễm mỡ có tỷ lệ xơ hóa gan cao gấp 3,63 lần nhóm đối tượng không có gan nhiễm mỡ (KTC 95%: 1,64-8,04). Viêm gan vi rút là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến xơ hóa gan, đặc biệt là viêm gan vi rút B. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ xơ hóa gan ở bệnh nhân có bệnh viêm gan siêu vi B mạn là 89,1% cao hơn nhóm bệnh nhân không viêm gan siêu vi B mạn với 71,1% 3,282 (1,087 – 9,914); 0,02, tương tự tỷ lệ xơ hóa gan của bệnh nhân có bệnh viêm gan siêu vi C mạn là 93,7% cao hơn nhóm bệnh nhân không có viêm gan siêu vi C mạn với 73,0% 3,282 KTC 95% (1,087 – 9,914); 0,02. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Tingshan He (2020) với tỷ lệ xơ hóa gan đáng kể ở bệnh nhân viêm gan siêu vi B là 34,4%, nghiên cứu của Trần Bảo Nghi (2013) với tỷ lệ xơ hóa gan đáng kể ở bệnh nhân viêm gan siêu vi C là 50% (8) và nghiên cứu của Lư Quốc Hùng (2018) ghi nhận tỷ lệ xơ hóa gan ở bệnh nhân có viêm gan siêu vi B và C là 65% (4). Viêm gan vi rút là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến xơ hóa gan và xơ gan, theo thống kê có đến 15% dân số Đông Nam Á nhiễm viêm gan siêu vi B và C, trong đó có đến 25% dẫn đến xơ gan (1). Do đó việc tiêm ngừa viêm gan B cần phải được đảm bảo. Rượu bia cũng là nguyên nhân hàng đầu gây xơ gan, chiếm khoảng 20% nguyên nhân xơ gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm đối tượng sử dụng nhiều rượu bia thường xuyên (≥3 đơn vị rượu/ngày) có nguy cơ xơ hóa gan cao gấp 11,56 lần nhóm không sử dụng nhiều rượu bia thường xuyên (KTC 95%: 3,88 – 34,38), tỷ lệ xơ hóa gan ở nhóm sử dụng nhiều rượu bia. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Đinh Tiến Đồng (2017) với tỷ lệ xơ hóa gan đáng kể (≥F2) ở bệnh nhân uống nhiều rượu bia là 48,6%. Tuy nhiên sự khác biệt này có thể do khác biệt về đối tượng nghiên cứu, nghiên cứu của Đinh Tiến Đồng thực hiện trên đối tượng nghiện rượu. Để cải thiện tình trạng xơ hóa gan, việc thay đổi thói quen sử dụng nhiều rượu bia là rất cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 167 bệnh nhân đến khám và

điều trị tại Bệnh viện 199 chúng tôi ghi nhận kết quả như sau: Tuổi của đối tượng nghiên cứu $45,54 \pm 10,97$ năm. Có thói quen sử dụng rượu bia 44,3%. Béo phì: 35,3% béo phì. Rối loạn chuyển hóa lipid chiếm 51,5%. 46,7% bệnh nhân có gan nhiễm mỡ. Đái tháo đường: Có 19,2% bệnh nhân có đái tháo đường. Viêm gan virus B chiếm 22,2% và 9,6% viêm gan virus C. Rất ít trường hợp có triệu chứng lâm sàng. Có 10,8% bệnh nhân có biểu hiện chán ăn, 8,4% có biểu hiện đau tức hạ sườn phải và 31,1% bệnh nhân có tăng AST. Có 29,3% bệnh nhân tăng ALT.

Theo phương pháp đo đàn hồi mô gan Fibroscan 75,4% trường hợp có xơ hóa gan. Trong đó tỷ lệ có xơ hóa đa số ở giai đoạn F2 (xơ hóa vừa) chiếm 50,2%, xơ hóa nhẹ (F1) là 15,5%, xơ hóa nặng (F3) là 6,6% và chỉ có 3,0% ở giai đoạn xơ gan (F4). Người cao tuổi có tỷ lệ xơ hóa gan cao, tăng dần theo tuổi, giới tính nam, thói quen sử dụng rượu bia, rối loạn chuyển hóa lipid. Thói quen sử dụng rượu bia làm tăng nguy cơ xơ hóa gan (OR=11,56). Rối loạn lipid máu làm tăng nguy cơ xơ hóa gan (OR=5,587), Viêm gan virus B mạn tính làm tăng nguy cơ xơ hóa gan (OR=5,587), viêm gan virus (OR=5,587).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý C, Nguyễn Lâm V, Nguyễn Đạt A, Phạm Quang V. Bệnh học nội khoa. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2018.
2. Phan Thanh H. Siêu âm định lượng xơ gan (fibroscan). Tạp chí Thời sự Y học. 2006;12:41-2.
3. Shi X, Liu J, Pu X, Huang C, Ma X, Jin Y. Clinical study on the evaluation of liver fibrosis by ultrasound elastography combined with platelet count model. Clinical hemorheology and microcirculation. 2023;84(2):205-14.
4. Lư Quốc H. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và ý nghĩa của Fibroscan, Fibrotest trong chẩn đoán xơ hóa gan ở bệnh nhân viêm gan B, C mạn tính [Luận án Tiến sĩ Y học]. Hà Nội: Học viện Quân Y; 2018.
5. Kim Thanh H, Phạm Thị T. Tỷ lệ xơ hóa gan và một số yếu tố liên quan ở sĩ quan cao cấp đến khám tại Bệnh viện Quân y 121 năm 2021-2022. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 05/2022;47:128-34.
6. Al Danaf L, Hussein Kamareddine M, Fayad E, Hussain A, Farhat S. Correlation between Fibroscan and laboratory tests in non-alcoholic fatty liver disease/non-alcoholic steatohepatitis patients for assessing liver fibrosis. World journal of hepatology. 2022;14(4):744-53.
7. Phạm Cẩm P, Võ Thị Thúy Q, Phạm Văn T, Lê Việt N, Đoàn Thu T, Nguyễn Văn D, cộng sự. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;508(1):204-8.
8. Nguyễn Thị H. Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ gan nhiễm mỡ trên bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa bằng máy Fibroscan touch tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công An. Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường. 2021(45):70-5.
9. He T, Li J, Ouyang Y, Lv G, Ceng X, Zhang Z, et al. FibroScan Detection of Fatty Liver/Liver Fibrosis in 2266 Cases of Chronic Hepatitis B. Journal of clinical and translational hepatology. 2020;8(2):113-9.
10. Đinh Tiên Đ. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giá trị của Fibroscan trong đánh giá xơ hóa và nhiễm mỡ gan ở bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu [Luận văn Thạc sĩ Y học]. Hà Nội: Học viện Quân Y; 2017.

ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM S.T.O.N.E TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG ĐÁNH GIÁ SỎI THẬN TRƯỚC TÁN SỎI

Hoàng Đình Âu¹, Trần Quốc Hòa^{1,2}, Thân Thị Minh Nguyệt²

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu nhằm ứng dụng thang điểm S.T.O.N.E trên cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy để đánh giá mức độ phức tạp của sỏi thận trước tán sỏi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 71 bệnh nhân có sỏi thận, được chụp CLVT đa dãy hệ tiết niệu sau đó được tán sỏi tại Bệnh viện Đại học Y

Hà Nội trong thời gian từ tháng 07/2022 đến tháng 07/2023. Các đặc điểm hình ảnh của sỏi thận trên CLVT không tiêm cản quang được phân loại theo thang điểm S.T.O.N.E nhằm đánh giá mức độ phức tạp của sỏi trước khi tán sỏi. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $53,8 \pm 12,3$, thấp nhất là 31 tuổi, cao nhất là 73 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ = 1,54. Theo thang điểm S.T.O.N.E, về diện tích sỏi (Stone Size), số lượng bệnh nhân có diện tích sỏi <400 mm², từ 400 đến 799 mm², từ 800 đến 1599 mm² và ≥ 1600 mm² lần lượt là 21 (chiếm 29,6%), 30 (chiếm 42,3%), 14 (chiếm 19,7%) và 6 (chiếm 8,5%). Về chiều dài đường hầm (Tract length, tính từ tâm sỏi đến bề mặt da), số bệnh nhân có chiều dài đường hầm <100 mm và >100 mm lần lượt là 62 (chiếm 87,3%) và 9 (chiếm 12,7%). Về tình trạng tắc nghẽn (Obstruction), số bệnh nhân không có hoặc giãn ứ nước thận nhẹ là 46 (chiếm 64,8%), có giãn ứ

¹Bệnh viện Đại học Y Hà nội

²Trường Đại học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 11.4.2024