

chính= 3.2, KTC 95% CI 1.5–6.8).

Tác giả Mousa (2008) [8] nghiên cứu trên 103 trường hợp sản phụ bị BHSS nặng tiên phát (máu mất ≥ 1000 ml hay cần phải truyền máu), trong đó có 22 trường hợp (21%) điều trị nội thất bại sau điều trị hàng thứ 1. Tác giả không ghi nhận sự khác biệt các yếu tố về tiền căn mẹ (tuổi, BMI, nhóm máu, hút thuốc lá, Rh, chùng tộc), thai kỳ (bệnh TSG, tiểu đường, VMC, đa thai, tuổi thai, thời gian 3 giai đoạn chuyển dạ, sinh giúp, giảm đau sản khoa) ở cả 2 nhóm đáp ứng điều trị và điều trị nội thất bại. Tác giả kết luận các yếu tố nguy cơ không hữu ích trong việc tiên đoán khả năng tiếp tục BHSS sau khi thất bại với điều trị ban đầu

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố tiền căn, lâm sàng, cận lâm sàng liên quan đến can thiệp ngoại khoa bằng huyết sau sinh ngã âm đạo nặng.

Nhóm đối tượng nghiên cứu có lượng máu mất trước phẫu thuật/ hậu sản phòng Sinh ≥ 1500 ml làm tăng nguy cơ phẫu thuật lên 5,57 lần so với nhóm có máu mất <1500 ml, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. WHO, Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27 Switzerland: 3-5.
2. WHO (1990). The Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. Report of a Technical Working Group, Geneva, 3–6 July, 1989. Geneva.
3. Trần Văn Vinh (2010). Tình hình băng huyết sau sinh tại Khoa phụ sản BV Đà Nẵng 2005- 2010. Tạp chí Phụ Sản, 8(2-3): 67- 71.
4. Văn Thị Kim Huệ, Trương Quang Vinh, Trần Thế Bình, et al. (2010). Điều trị băng huyết sau sinh. Tạp chí Phụ Sản, 8(1): 17-25.
5. Yan JY, Zhou ZM, Xu X, et al. (2014). Risk factors and surgical interventions associated with primary postpartum haemorrhage unresponsive to first-line therapies. J Obstet Gynaecol, 34(7): 588-92.
6. Grange J, Chatellier M, Chev e MT, et al. (2018). Predictors of failed intrauterine balloon tamponade for persistent postpartum hemorrhage after vaginal delivery. PLoS One., 13(10): e0206663.
7. Revert M, Cottenet J, Raynal P, et al. (2017). Intrauterine balloon tamponade for management of severe postpartum haemorrhage in a perinatal network: a prospective cohort study. BJOG.
8. Mousa HA, Cording V, Alfirevic Z (2008). Risk factors and interventions associated with major primary postpartum hemorrhage unresponsive to first-line conventional therapy. Acta Obstet Gynecol Scand, 87(6): 652-61.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GHÉP XƯƠNG GIỮA HAI NHÓM CÓ VÀ KHÔNG SỬ DỤNG HUYẾT TƯƠNG GIÀU YẾU TỐ TĂNG TRƯỞNG

Tạ Anh Tuấn¹, Phạm Dương Châu²

nghĩa thống kê trên cỡ mẫu nghiên cứu với $p=0.045$ (Kiểm định Mann-Whitney).

Từ khóa: Ghép cung hàm, xương mào chậu

SUMMARY

THE EVALUATION IN BONE GRAFTING IN 2 GROUPS WITH AND WITHOUT USING PLATELET-RICH PLASMA (PRP)

Purpose: The study was conducted on 74 patients with unilateral cleft palate of the National Hospital of Odonto-Stomatology, and Hanoi Medical University Hospital from 12/2014 to 09/2019. was divided into 2 groups, the study is to evaluate the results of alveolar bone graft with ilium bone, with and without using platelet rich plasma (PRP). **Subjects and method:** The study was designed according to the research method is with convenience sampling to survey the size of bone regeneration capacity at the distance, the related factors around the location of the gap. **Results and conclusions:** Results showed that the rate of bone resorption in 12 months in group using PRP are lower than group without using PRP, the result was significant, with $p= 0,045$, Mann –Whitney test).

Keywords: Alveolar bone graft, iliac bone.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện trên 74 bệnh nhân có khe hở cung hàm một bên tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ 12/2014 đến 09/2019, được chia thành 2 nhóm nghiên cứu, nhằm đánh giá kết quả của việc ghép khung hàm một bên bằng xương mào chậu, có và không sử dụng huyết tương giàu yếu tố tăng trưởng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp nghiên cứu mô tả với mẫu thuận lợi, để đo các kích thước về khả năng tái tạo xương tại khe hở, các yếu tố liên quan xung quanh vị trí khe hở. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ tiêu xương được theo dõi sau 12 tháng cho thấy chiều dài xương ghép ở nhóm can thiệp tốt hơn so với nhóm đối chứng. Kết quả có ý

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Anh Tuấn

Email: taanhtuan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1/11/2020

Ngày phản biện khoa học: 14/12/2020

Ngày duyệt bài: 19/12/2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi vòm miệng là một trong những dị tật bẩm sinh phổ biến nhất vùng hàm mặt, tỷ lệ này trên thế giới là 1/750-1/1000, tại Việt Nam tỷ lệ này là 1/1000 đến 2/1000 trẻ em sinh ra có dị tật [1]. Điều trị toàn diện khe hở môi vòm miệng là quá trình phức tạp, chia làm nhiều thời kỳ, kéo dài từ khi sinh ra cho đến khi trưởng thành.

Khe hở cung hàm chiếm tỷ lệ 75% trên tổng số dị tật khe hở môi vòm miệng [2]. Ghép xương ổ răng là một bước quan trọng trong quá trình điều trị toàn diện đối với bệnh nhân khe hở cung hàm. Phương pháp ghép xương ổ răng lần đầu tiên được mô tả bởi Boyne and Sands (1972) [3]. Việc ghép xương ổ răng có rất nhiều ý nghĩa: giúp cho các mầm răng di chuyển và mọc vào khe hở, giúp đảm bảo tính liên tục và ổn định xương hàm trên, giúp đóng lỗ thông mũi miệng, nâng đỡ nền mũi, cải thiện tình trạng nha chu, tăng cường hiệu quả nắn chỉnh răng [4].

Hiện nay, có rất nhiều vật liệu dùng để ghép xương như: xương tự thân và xương đông khô khử khoáng. Các loại xương tự thân có thể dùng bao gồm: xương mào chậu, xương sọ, xương sườn, xương chày và xương hàm dưới. Tuy nhiên ghép xương tự thân bằng xương mào chậu luôn là lựa chọn hàng đầu cho kỹ thuật này (chiếm đến 83% ca ghép) [5].

Phương pháp ghép khe hở cung hàm bằng xương mào chậu ở Việt Nam được dùng khá phổ biến, tuy nhiên lại chưa có một báo cáo tổng kết nào theo dõi và đánh giá kết quả hình thành cầu xương trong thời gian dài sau phẫu thuật. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Nghiên cứu ứng dụng huyết tương giàu yếu tố tăng trưởng trong điều trị ghép xương ổ răng tự thân cho bệnh nhân có khe hở cung hàm*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân có khe hở cung hàm một bên được chỉ định phẫu thuật và có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có khe hở cung hàm một bên; Bệnh nhân đã được phẫu thuật hoặc chưa phẫu thuật. Bệnh nhân trên 7 tuổi.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đủ sức khỏe để phẫu thuật; Bệnh nhân không đầy đủ hồ sơ bệnh án; Bệnh nhân có khe hở cung hàm hai bên; Bệnh nhân hoặc người giám hộ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng

- Cỡ mẫu: Mẫu thuận tiện

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Những bệnh nhân đủ điều kiện đã tham gia phẫu thuật và hồ sơ từ 12/2014 đến 06/2019 tại các Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội, Đại học Y Hà Nội.

- Vật liệu và phương tiện hành nghiên cứu: Hồ sơ Bệnh án, Phiếu nghiên cứu, phim CTCB, bộ dụng cụ phẫu thuật.

- Các biến số nghiên cứu: Độ tuổi, đặc điểm phân loại khe hở, lỗ thông mũi miệng, mức độ hình thành cầu xương, phân loại cầu xương theo thang điểm Kindelan.

Xử lý số liệu: Phim CTCB được đo bằng các chỉ số và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0. Nếu biến phân phối chuẩn, chúng tôi sử dụng t - test, nếu biến không chuẩn thì sử dụng Mann - Whitney test. Để khắc phục sai số, chúng tôi lựa chọn ngẫu nhiên 20 phim để đo và tập huấn.

3. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu. Được thông qua hội đồng đạo đức Đại học Y Hà Nội

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Chiều dài xương ghép và tỉ lệ tiêu xương sau 3 tháng

	Nhóm can thiệp M ± sd(%)	Nhóm đối chứng M ± sd	P -value
Chiều dài xương ghép sau 3 tháng (mm)	14,54 ± 1,28	13,72 ± 1,29	0,02*
Tỉ lệ chênh của sự tiêu xương ghép so với chiều dài trung bình khe hở (%)	15,85 ± 7,01	11,08 ± 7,11	<0,01*

Sau 3 tháng, chiều dài xương ghép của nhóm can thiệp tốt hơn so với nhóm đối chứng (14,54 ± 1,28 so với 13,72 ± 1,29). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên cỡ mẫu nghiên cứu với p= 0,02 (kiểm định Mann – Whitney test). Tỉ lệ chênh của sự tiêu xương ghép so với chiều dài khe hở trung bình của nhóm can thiệp cũng lớn hơn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên cỡ mẫu nghiên cứu với p< 0,01 (kiểm định Mann – Whitney test)

2. Chiều dài xương ghép và tỉ lệ tiêu xương sau 6 tháng

	Nhóm can thiệp M ± sd(%)	Nhóm đối chứng M ± sd	p- value
Chiều dài xương ghép sau 6 tháng (mm)	12,01 ± 1,17	11,62 ± 1,1	0,1*

Tỉ lệ tiêu xương ghép tháng 3-6(%)	17,26 ± 5,27	18,29 ± 8,4	0,93*
------------------------------------	--------------	-------------	-------

Sau 6 tháng cho thấy chiều dài xương ghép và tỉ lệ tiêu xương từ tháng thứ 4 đến tháng thứ 6. Chiều dài xương ghép ở nhóm can thiệp dài hơn ở nhóm đối chứng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê trên cỡ mẫu nghiên cứu với $p=0,1$ (kiểm định Mann – Whitney). Tỉ lệ tiêu xương từ tháng thứ 4 đến tháng thứ 6 ở 2 nhóm nghiên cứu là như nhau với $p=0,93$ (kiểm định Mann – Whitney)

3. Chiều dài xương ghép và tỉ lệ tiêu xương sau 12 tháng

	Nhóm can thiệp M ± sd	Nhóm đối chứng M ± sd	p-value
Chiều dài xương ghép sau 12 tháng (mm)	9,44 ± 0,92	8,29 ± 2,22	<0,01*
Tỉ lệ tiêu xương ghép tháng 12-6 (%)	20,87 ± 8,63	24,07 ± 8,37	0,1**
Tỉ lệ tiêu xương ghép tháng 12-3(%)	35,03 ± 4,93	35,99 ± 4,9	0,39*

Sau 12 tháng theo dõi trên đối tượng cứu cho thấy. Tỉ lệ tiêu xương từ tháng thứ 4 đến tháng thứ 12 ở 2 nhóm là như nhau ($p_{12-3} = 0,39$ và $p_{12-6} = 0,1$). Tuy nhiên sau 12 tháng theo dõi, chiều dài xương ghép ở nhóm can thiệp tốt hơn so với nhóm đối chứng. Kết quả có ý nghĩa thống kê trên cỡ mẫu nghiên cứu với $p<0,01$ (kiểm định Mann – Whitney)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này khe hở cung hàm đo được trước phẫu thuật của hai nhóm nghiên cứu theo thứ tự: nhóm can thiệp có chiều cao trung bình là 12,59mm, trong khi đó nhóm đối chứng có kết quả với chiều cao: 12,39mm số liệu này cho thấy chiều cao cung hàm ở nhóm 1 cao hơn không đáng kể so với nhóm 2 (gần như không có sự khác biệt). Sự không khác biệt này sẽ cho phép chúng tôi nghiên cứu mức độ tiêu xương ghép sau phẫu thuật có kết quả tin cậy. Caroline Dissaux (2016) khi nghiên cứu kết quả ghép xương khe hở cung hàm ở lứa tuổi từ 5 đến 10 cho thấy chiều cao trung bình xương cung hàm cần ghép là $11,0 \pm 1,5$ và độ rộng là $7,1 \pm 1,3$ khác biệt về chỉ số này so với nghiên cứu của chúng tôi là không nhiều, sự khác biệt chủ yếu là do lứa tuổi khác nhau. Cùng với sự phát triển

của CT - Cone beam và các phần mềm CAD - CAM các nghiên cứu về khe hở cung hàm trong thời gian gần đây đều hướng tới việc tính thể tích vùng khe hở [6]. Vậy câu hỏi đặt ra là chỉ theo dõi chiều cao xương ghép vùng khe hở có đánh giá được mức độ tiêu xương ghép hay không? Dựa theo cách tính điểm của Bergland và Kindelan dưới đây [7]

Bảng 1: Bảng tính điểm chiều cao xương ghép của Bergland

Thang điểm	Chiều cao xương ghép
I	Được gần như chiều cao cần bù
II	Chỉ được $\frac{3}{4}$ chiều cao cần bù
III	Dưới $\frac{3}{4}$ chiều cao cần bù
IV	Chỉ còn cầu xương

Bảng 2: Bảng tính điểm chiều cao xương ghép của Kindelan

Thang điểm	Chiều cao xương ghép
1	> 75%
2	50% - 75%
3	< 50%
4	Không còn xương

Chúng tôi cho rằng việc ghi nhận chiều cao xương ghép vẫn còn nguyên giá trị để đánh giá mức độ tiêu xương ghép trong nghiên cứu của mình.

Kết quả sau 1 tuần. Tỉ lệ lành thương trên lâm sàng tại thời điểm 7 ngày sau phẫu thuật của các đối tượng nghiên cứu. Trong đó, tỉ lệ lành thương tốt ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng lần lượt là 89,74% và 71,43%. Tỉ lệ lành thương xấu ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng lần lượt là 10,26% và 28,57%. Như vậy, ở nhóm can thiệp có sự lành thương trên lâm sàng tốt hơn nhóm đối chứng tại thời điểm 7 ngày sau phẫu thuật; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên cỡ mẫu nghiên cứu với $p=0,045$ (kiểm định bằng test χ^2). Nhưng nghiên cứu này thực hiện tại 2 cơ sở phẫu thuật, cùng một nhóm phẫu thuật viên, với kết quả có sự khác biệt lên tới 18% đã thể hiện rõ hiệu quả của sự có mặt của PRP trong vật liệu ghép - một trong nhân tố quan trọng tham gia vào hoạt động chống viêm của quá trình lành thương. Theo Mooren khi có mặt của PRP trong thành phần xương ghép, ở giai đoạn sớm 1 tuần sau phẫu thuật thì chưa có sự sinh xương tại vị trí tiếp giáp giữa xương ghép và vùng nhận, lúc này chỉ có lượng nhỏ tổ chức sợi quanh vùng ghép và chỉ có hiện tượng tiêu viêm tại chính xương ghép và tiếp giáp giữa xương ghép và vùng nhận [8]. Chandan Gupta và cộng sự năm 2013 khi nghiên cứu ghép xương khe hở cung hàm trên hai nhóm nghiên

cứ: sử dụng PRP và không có PRP kết hợp với xương tự thân cho thấy: đến 90% bệnh nhân có sử dụng PRP lành thương sớm so với 70% ở nhóm không có PRP. Chúng tôi hoàn toàn đồng ý với Mooren [8] giai đoạn một tuần sau ghép xương kết quả đáng lưu ý nhất đó là sự tham gia tiêu viêm của PRP tại vùng ghép làm cho quá trình sinh xương và lành thương tiếp theo diễn ra nhanh hơn và hiệu quả hơn.

Kết quả sau 3 tháng. Cũng theo Mooren ở tuần lễ thứ 2 bắt đầu xuất hiện nhiều tế bào viêm, cũng như dấu hiệu tiêu xương vừa phải ở chính xương ghép. Kèm với nó là sự có mặt của tế bào hủy xương. Một vài khoảng trống trong mảnh xương ghép được quan sát thấy. Sự hình thành xương mới bắt đầu được quan sát thấy tại tiếp giáp giữa xương ghép và xương nhận, tuy nhiên không thấy nhiều tế bào xương.

Vào tuần thứ 6 sau ghép xương: không còn dấu hiệu viêm tại vùng ghép. Cũng còn ít dấu hiệu của xương ghép được nhận dạng. Khối lượng xương ghép tại thời điểm này giảm đi rất nhiều so với tuần lễ đầu tiên sau ghép xương.

Vào tuần thứ 12 sau ghép xương: không còn dấu hiệu viêm tại vùng ghép. Chỉ còn thấy rất ít dấu hiệu của xương ghép ban đầu, nhưng không thể xác định được ranh giới giữa xương ghép và xương mới. Những lát cắt qua vùng ghép không thấy những hốc rỗng. Việc tiêu xương ghép giai đoạn từ tuần thứ 6 tới tuần thứ 12 ít hơn nhiều so với giai đoạn từ tuần thứ 2 đến tuần thứ 6 [8].

Theo Sameh khi bàn về vật liệu cho ghép xương khe hở cung hàm có đề cập tới PRP, một vật liệu sinh học tự thân, mang theo nhiều tác nhân tăng trưởng, có tác động rất sớm tới quá trình lành thương tại vùng ghép xương, đó là chống viêm, tái tạo mao mạch, đến giai đoạn tiếp theo là kích thích sinh xương mới và hạn chế tiêu xương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì thấy chiều dài xương ghép và tỉ lệ chênh của xương ghép sau 3 tháng, chiều dài xương ghép của nhóm can thiệp tốt hơn so với nhóm đối chứng ($14,54 \pm 1,28$ so với $13,72 \pm 1,29$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên cỡ mẫu nghiên cứu với $p=0,02$ (kiểm định Mann – Whitney test). Tỉ lệ chênh của sự tiêu xương ghép so với chiều dài khe hở trung bình của nhóm can thiệp cũng lớn hơn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên cỡ mẫu nghiên cứu với $p<0,01$ (kiểm định Mann – Whitney test)

Kết quả sau 6 tháng. Việc sinh xương và hình thành xương mới trong quá trình lành thương sau ghép xương hoàn tất ở tháng thứ tư

sau ghép. Từ lúc này chỉ còn hiện tượng tiêu xương ghép, sự tiêu xương này cũng giảm dần theo thời gian. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phản ánh rõ điều này. Chiều dài xương ghép sau 6 tháng ở nhóm can thiệp là 12,01mm và nhóm đối chứng 11,62mm. Và tỉ lệ tiêu xương ghép từ tháng 3 đến tháng thứ 6 là 17,26% ở nhóm can thiệp và 18,29% ở nhóm đối chứng là như nhau với $p=0,93$ (kiểm định Mann-Whitney). Kết quả này cho thấy mức độ tiêu xương ghép đã giảm đi rất nhiều trong giai đoạn này. Sự khác biệt về mức độ tiêu xương giữa hai nhóm là không đáng kể.

Kết quả sau 12 tháng. Thời điểm này ở nhóm can thiệp, chiều dài trung bình xương ghép là 9,44mm và nhóm đối chứng là 8,29mm. Giai đoạn này là giai đoạn ổn định không còn hoạt động tái tạo nào tại vùng xương ghép, nhưng kết quả nghiên cứu cho thấy sự tiêu xương ghép vẫn diễn ra, với mức độ đáng kể, nhưng vẫn có sự khác biệt về tiêu xương giữa 2 nhóm nghiên cứu. Sau 12 tháng theo dõi, chiều dài xương ghép ở nhóm can thiệp tốt hơn so với nhóm đối chứng. Kết quả có ý nghĩa thống kê trên cỡ mẫu nghiên cứu với $p<0,01$ (kiểm định Mann – Whitney)

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 74 đối tượng ghép khe hở cung hàm một bên bằng xương mào chậu, chúng tôi rút ra kết luận sau: Tỷ lệ tiêu xương sau khi ghép xương của khe hở cung hàm thì phụ thuộc nhiều yếu tố, trong nghiên cứu của chúng tôi, việc ghép xương cung hàm có sử dụng thêm huyết tương giàu tiểu cầu có thể làm giảm đi tỉ lệ tiêu xương sau ghép xương. Đây là một trong những căn cứ để người phẫu thuật viên có thể lựa chọn trong điều trị ghép xương khe hở cung hàm cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Dương Châu (2012)** "Đánh giá kết quả ghép xương ổ răng ở bệnh nhân sau mổ tạo hình khe hở môi vòm miệng," Tạp chí Y học thực hành.
2. **E. S. Tichvy Tammama, Journal of Dentomaxillofacial Science, vol. 37,** (J Dentomaxillofac Sci), April 2017, pp. P-ISSN.2503-0817, E-ISSN.2503-0825 .
3. **S. N. R. Boyne PJ (1972),** "Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts," Journal of Oral Surgery 30, MĐ.
4. **S. G. A. F. Bergland O (1986)** "Elimination of the residual alveolar cleft by secondary bone grafting and subsequent orthodontic treatment," Cleft Palate J..
5. **J. A. L. J. Ananth S. M (2005).** "Evaluation of Alveolar Bone Grafting: A Survey of ACPA Teams," The Cleft Palate-Craniofacial Journal, 42(1).
6. **C.P. Kasaven(2016),** "Accuracy of both virtual

and printed 3-dimensional models for volumetric measurement of alveolar clefts before grafting with alveolar bone compared with a validated algorithm: a preliminary investigation", British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Vol 55, p31 – 36.

7. **Hynes P. J., Earley M. J.** (2003), "Assessment of secondary alveolar bone grafting using a

modification of the Bergland grading system", The British Association of Plastic Surgeons, Vol 56-2003, p630 – 636.

8. **R. E. C. M. Mooren,** (2007), "The effect of platelet - rich plasma on early and late bone healing: an experimental study in goats", Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2007, Vol36, p626–631.

KHẢO SÁT TÁC ĐỘNG CỦA TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE LÊN CHỨC NĂNG THẬN Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN VI RÚT B MẠN

Võ Duy Thông^{1,2}, Võ Ngọc Diễm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tác động của tenofovir disoproxil fumarate (TDF) lên chức năng thận ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả tiến hành trên 60 bệnh nhân viêm gan B mạn điều trị ngoại trú với TDF tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TP HCM từ tháng 05/2017 đến tháng 10/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 42,10 ± 13,30; Tỷ lệ nam giới 39/60 (65,0%). Mức creatinine trung bình đã tăng đáng kể ở tuần thứ 24 và 48 (p < 0,01). Tương tự, độ lọc cầu thận ước tính (estimated Glomerular Filtration Rate – eGFR) giảm có ý nghĩa ở tuần thứ 24 và 48 (p < 0,05). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy chức năng thận giảm so với ban đầu ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn điều trị TDF, cho thấy chức năng thận cần được theo dõi thường xuyên ở những bệnh nhân đang điều trị với TDF.

Từ khóa: TDF, chức năng thận, viêm gan vi rút B mạn.

SUMMARY

EFFECT OF TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE ON RENAL FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B

Objective: To evaluate the effect of tenofovir disoproxil fumarate (TDF) on renal function in patients with chronic hepatitis B. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 60 patients with chronic hepatitis B at University Medical Center HCMC from May 2017 to October 2020. **Results:** The mean age of patients was 42.10 ± 13.30; 39/60 (65%) of patients were male. The mean creatinine level significantly increased at 24th and 48th week of treatment (p < 0.01), while eGFR level significantly decreased at 24th and 48th week (p<0.05). **Conclusion:** Renal function was decreased relative to baseline in chronic hepatitis B patients receiving TDF

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Thông

Email: duythong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2020

Ngày duyệt bài: 2.12.2020

therapy, which indicates that the renal function should be monitored regularly in patients undergoing treatment with TDF.

Key words: TDF, renal function, chronic hepatitis B.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm viêm gan vi rút B (Hepatitis B virus – HBV) là một vấn đề sức khỏe toàn cầu. Trên toàn thế giới, ước tính có khoảng 240 triệu người bị nhiễm viêm gan vi rút B mạn, đặc biệt ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Các biến chứng chính của viêm gan vi rút B mạn là xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). Khoảng 20% đến 30% trong số những người bị viêm gan vi rút B mạn sẽ phát triển các biến chứng này, và ước tính khoảng 650 000 người sẽ tử vong hàng năm [1]. Những tiến bộ trong điều trị kháng vi rút đã cải thiện đáng kể tiên lượng nhiễm HBV. Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) là một tiền chất sinh khả dụng của tenofovir, là một nucleotide mạnh ức chế quá trình phiên mã ngược HBV [1]. TDF được thải trừ bởi quá trình thanh thải ở thận, phần lớn qua lọc cầu thận; 20% - 30% được vận chuyển tích cực vào tế bào ống lượn gần. Độc tính trên thận do TDF chủ yếu dẫn đến tổn thương ống thận gần [2]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm khảo sát tác động của TDF lên chức năng thận ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn điều trị TDF.

Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu:** 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm gan vi rút B mạn điều trị ngoại trú với TDF tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 05/2017 đến 10/2020

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đồng nhiễm viêm gan vi rút C, HIV; Có bệnh gan cấp tính do HAV,