

(1/225) trường hợp di căn phổi sau khi hóa ác thành Sarcôm xương[2].

Hầu hết các trường hợp di căn được phát hiện trong vài năm sau chẩn đoán, mặc dù di căn có thể không tìm thấy trong 10 năm hoặc hơn. Một số tác giả cho rằng di căn là do phẫu thuật viên gây gieo rắc tế bào bướu vào mạch máu và phổi khi phẫu thuật ban đầu. Tuy nhiên, một số trong trường hợp trong y văn đã cho thấy các tổn thương ở phổi được phát hiện đồng thời hoặc ngay cả trước khi phát hiện bướu nguyên phát. Theo Rock và Campanna có vẻ hợp lý hơn về khả năng gieo rắc tế bào bướu lúc phẫu thuật là do áp lực tại chỗ làm cho tế bào bướu đi vào xoang tĩnh mạch của nền bướu do nạo, mài và hoặc di căn là kết quả xâm lấn ban đầu của bướu nguyên phát như được chứng minh bởi giai đoạn của bệnh và có lẽ về kiểu gen của tế bào[6]. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp BDB xương di căn hoặc tử vong, có lẽ do thời gian theo dõi của chúng tôi ngắn.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tái phát sau điều trị BDB đầu dưới xương quay là 4%, không có trường hợp bị hóa ác, di căn hay tử vong. Cần có nghiên cứu thực hiện với thời gian theo dõi lâu hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Chí Dũng (2003)**. Bướu xương: Lâm sàng- Hình ảnh Y học- Giải phẫu bệnh và Điều trị,
2. Nguyễn Văn Thắng, Lê Chí Dũng (2005) "Điều trị bướu đại bào xương". Tạp chí Y học Tp.HCM, vol.9, phụ bản số 1, tr. 155-161.
3. **Chung DW, Han CS, Lee JH, Lee SG (2012)** "Outcomes of wrist arthroplasty using a free vascularized fibular head graft for enneking stage ii giant cell tumors of the distal radius". Microsurgery, doi 10.1002/micr, pp.1-7.
4. **Liu YP, Li KH, Sun BH (2012)** "Which Treatment is the Best for Giant Cell Tumors of the Distal Radius? A Meta-analysis.". Clin Orthop Relat Res, 470, 2886-2894.
5. **Rock MG, Pritchard DJ, Unni KK (1984)** "Metastases from histologically benign giant-cell tumor of bone". The Journal of Bone and Joint surgery, 66(2), 269-274.
6. **Rock MG, Campanna R (1993)** "The treatment of giant cell tumor of bone". advances in operative orthopedics, Mosby- yearbook inc, St Louis, 1, pp.367-390.
7. **Theresa J.C. Pazonis, Hussain Alradwan (2013)** "A Systematic Review and Meta-Analysis of En-Bloc vs Intralesional Resection for Giant Cell Tumor of Bone of the Distal Radius". The Open Orthopaedics Journal, 7, 103-108.
8. **Vander Griend RA, Funerburk CH (1993)** "The treatment of giant cell tumors of the distal part of the radius". JBJS, 75A(6), 899- 908.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ MANG KHÁNG THỂ KHÁNG VIÊM GAN VI RÚT A VÀ E TRONG HUYẾT THANH CỦA NHÂN VIÊN HẬU CẦN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Thị Tuấn*, Lê Thanh Sơn*,
Nguyễn Thị Duyên*, Nguyễn Thị Thắm*

TÓM TẮT

Tiến hành nghiên cứu tỷ lệ mang kháng thể kháng vi rút viêm gan A (HAV) sau đây gọi là kháng thể viêm gan A và vi rút viêm gan E (HEV) trong huyết thanh ở nhân viên hậu cần đang làm việc tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108 cho thấy: Tỷ lệ có anti-HAV IgG dương tính chung cho các nhóm đối tượng trên là 59,25%. Trong đó nhóm nhân viên nấu ăn 73,68%; Nhóm nhân viên lái xe là 50,0%; Nhóm nhân viên sửa chữa điện nước là 52,63%. Tỷ lệ có anti-HAV IgM dương tính chung cho nhóm đối tượng trên là 2,77%. Trong đó nhóm nhân viên nấu ăn 5,26%; Nhóm nhân

viên lái xe là 3,12%; Nhóm nhân viên sửa chữa điện nước là 0%. Tỷ lệ có anti-HEV IgG dương tính chung cho nhóm đối tượng trên là 16,66%. Trong đó nhóm nhân viên nấu ăn 26,31%; Nhóm nhân viên lái xe là 18,75%; Nhóm nhân viên sửa chữa điện nước là 5,26%. Tỷ lệ có anti-HEV IgM dương tính chung cho nhóm đối tượng trên là 1,85%. Trong đó nhóm nhân viên nấu ăn 2,63%; Nhóm nhân viên lái xe là 0%; Nhóm nhân viên sửa chữa điện nước là 2,63%.

Từ khóa: Viêm gan A, E

SUMMARY

RESEARCH ON THE RATE OF CARRYING ANTI-ANTIBODIES TO HEPATITIS A VIRUS (HAV) AND HEPATITIS E VIRUS (HEV) IN SERUM IN LOGISTICS STAFF WORKING AT 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL

Research on the rate of carrying anti- antibodies to hepatitis A virus (HAV) and hepatitis E virus (HEV) in serum in logistics staff working at 108 Central Military

*Bệnh viện Trung ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tuấn

Email: Ngthtuan1974@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 10.3.2021

Ngày duyệt bài: 18.3.2021

Hospital showed: The rate of positive anti-HAV IgG for the above groups is 59.25%. In that group of cooking staff 73.68%; Driver staff group is 50.0%; Group of electricity and water repair workers is 52.63%. The rate of anti-HAV IgM positive in general for the above group of subjects was 2.77%. In which the group of cooking staff is 5.26%; The driver group is 3.12%; Group of electricity and water repair workers is 0%. The overall prevalence of positive anti-HEV IgG for the above population was 16.66%. In that group of cooking staff 26.31%; Driver staff group is 18.75%; Group of electricity and water repair workers is 5.26%. The prevalence of positive anti-HEV IgM in the above population was 1.85%. In that group of cooking staff 2.63%; The driver group is 0%; Group of electricity and water repair workers is 2.63%.

Keywords: Hepatitis A, E

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là đất nước có tỷ lệ nhiễm viêm gan A, E cao do vệ sinh ăn uống cũng như đảm bảo vệ sinh nguồn nước vẫn chưa được tốt.

Cho đến nay, viêm gan A đã có vắc xin phòng ngừa, viêm gan E chưa có vắc xin phòng ngừa, người mắc bệnh cũng không có miễn dịch lâu dài với bệnh nên có nguy cơ tái phát lại nếu ăn phải thức ăn, hay uống nước bị nhiễm virus viêm gan A, E. Nhân viên hậu cần là những đối tượng làm các công việc như nấu ăn, lái xe, sửa chữa điện nước, những người tiếp xúc với các nguồn lây nhiễm cao và dễ lây sang cho các đối tượng khác của bệnh viện, chính vì thế chúng tôi nghiên cứu đề tài "*Nghiên cứu tỷ lệ mang kháng thể viêm gan vi rút A và E trong huyết thanh của nhân viên hậu cần tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*" nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ mang kháng thể của viêm gan vi rút A, E để có kế hoạch tiêm phòng và biện pháp phòng ngừa chuẩn cho các đối tượng trên khi tham gia phục vụ cho nhân viên và bệnh nhân bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. 108 nhân viên hậu cần công tác tại Bệnh viện TWQĐ 108 gồm các nhóm: 38 nhân viên nấu ăn; 32 nhân viên lái xe; 38 nhân viên điện nước.

2.2. Phương pháp

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Tiến hành nghiên cứu:

+ Quân Y D Bệnh viện chỉ định trên phần mềm VIMES các xét nghiệm Anti-HAV IgG, Anti-HAV IgM, Anti-HEV IgG, Anti-HEV IgM cho các đối tượng trên;

+ Thu thập 2 ml máu toàn phần bệnh nhân, tách huyết thanh, đưa mẫu vào chạy trên hệ tự động Architect i2000 (Abbott- Mỹ) theo qui trình kỹ thuật của khoa Miễn dịch. Phương pháp xét

NGHIỆM HÓA PHÁT QUANG TỰ ĐỘNG, theo nguyên lý Sandwich và cạnh tranh.

- Kết quả được in ra sau đó mang đi xử lý số liệu.

2.3. Xử lý số liệu

- Phân tích có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

- Các thông số biểu diễn dưới dạng n (%), tính toán theo thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 21.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung các nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %	P
Nam	48	44,44	< 0,05
Nữ	60	55,6	< 0,05
Tuổi (trung bình ± độ lệch chuẩn) năm	35,65 ± 15,63		< 0,05

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi có 108 nhân viên, nữ chiếm 56,7%; nam chiếm 43,3 %. Tuổi trung bình 35,6 ± 17,63 năm.

3.2. Tỷ lệ mang kháng thể anti-HAV IgG của các nhóm nhân viên

Bảng 2: Tỷ lệ mang kháng thể anti-HAV IgG của các nhóm nhân viên

Đối tượng	Số mắc/ tổng số	Tỷ lệ %	P
Nhóm nhân viên nấu ăn	28/38	73,68	> 0,05
Nhóm nhân viên lái xe	16/32	50,0	> 0,05
Nhóm sửa chữa điện, nước	20/38	52,63	> 0,05
Tổng số nhân viên	64/108	59,25	> 0,05

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ mang anti-HAV IgG cao nhất ở nhóm nhân viên nấu ăn, thấp nhất ở nhóm nhân viên lái xe.

3.3. Tỷ lệ mang kháng thể anti-HAV IgM của các nhóm nhân viên

Bảng 3: Tỷ lệ mang kháng thể anti-HAV IgM của các nhóm nhân viên

Đối tượng	Số mắc/ tổng số	Tỷ lệ %	P
Nhóm nhân viên nấu ăn	2/38	5,26	>0,05
Nhóm nhân viên lái xe	1/32	3,12	>0,05
Nhóm sửa chữa điện, nước	0/38	0	>0,05
Tổng số nhân viên	3/108	2,77	>0,05

Nhận xét: Theo nghiên cứu thấy tỷ lệ mang anti-HAV IgM của nhóm nhân viên nấu ăn là 5,26%, nhóm nhân viên sửa chữa điện nước không có ai mắc bệnh.

3.4. Tỷ lệ mang kháng thể anti-HEV IgG của các nhóm nhân viên

Bảng 4: Tỷ lệ mang kháng thể anti-HEV IgG của các nhóm nhân viên

Đối tượng	Số mắc/ tổng số	Tỷ lệ %	P
Nhóm nhân viên nấu ăn	10/38	26,31	>0,05
Nhóm nhân viên lái xe	6/32	18,75	>0,05
Nhóm sửa chữa điện, nước	2/38	5,26	>0,05
Tổng số nhân viên	18/108	16,66	>0,05

Nhận xét: Theo nghiên cứu thấy tỷ lệ mang anti-HEV IgG của nhóm nhân viên nấu ăn là cao nhất 26,31%, nhóm nhân viên sửa chữa điện nước có tỷ lệ là 5,26% thấp nhất.

3.5. Tỷ lệ mang kháng thể anti-HEV IgM của các nhóm nhân viên

Bảng 5: Tỷ lệ mang kháng thể anti-HEV IgM của các nhóm nhân viên

Đối tượng	Số mắc/ tổng số	Tỷ lệ %	P
Nhóm nhân viên nấu ăn	1/38	2,63	>0,05
Nhóm nhân viên lái xe	0/32	0	>0,05
Nhóm sửa chữa điện, nước	1/38	2,63	>0,05
Tổng số nhân viên	2/108	1,85	>0,05

Nhận xét: Theo nghiên cứu thấy tỷ lệ mang anti-HEV IgM của nhóm nhân viên nấu ăn và nhóm nhân viên sửa chữa điện, nước là 2,63%, nhóm nhân viên lái xe không có ai mắc bệnh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về tỷ lệ mang kháng thể viêm gan A. Anti- HAV là kháng thể do cơ thể tạo ra khi bị nhiễm virus gây viêm gan siêu vi A (HAV). Trong đợt nhiễm cấp (mới nhiễm) thì cơ thể tạo ra loại kháng thể IgM (Anti- HAV IgM), qua đợt cấp thì cơ thể tạo ra loại kháng thể IgG (Anti- HAV IgG) và khi đó anti- HAV IgM sẽ mất đi. Anti- HAV Total là gồm cả IgG và IgM, nên chỉ số này dương tính cho biết bạn có nhiễm HAV.

HAV là bệnh lây theo đường tiêu hóa qua thức ăn, nước uống nhiễm HAV. Bệnh thường khỏi hoàn toàn và không có tổn thương lâu dài. Sau khi nhiễm vi rút viêm gan A thì thường người đã bị nhiễm có miễn dịch suốt đời.

Ở vùng lưu hành cao, một số nước ở châu Á, châu Phi, Mỹ Latinh và Trung Đông, tỷ lệ kháng thể anti-HAV IgG đạt 90% ở người lớn, và hầu hết trẻ em 10 tuổi đã bị nhiễm. Ở vùng lưu hành trung bình, một số nước ở châu Á và châu Âu, chỉ có 50%-60% người lớn và 20%-30% trẻ em 10 tuổi đã bị lây nhiễm. Ở vùng lưu hành thấp, chỉ có 30% người trưởng thành có kháng thể anti-HAV. Đối tượng nhiễm hay gặp nhất trong lứa 5 – 14 tuổi. Tại Bệnh viện TWQĐ 108 lứa tuổi trung bình trong nghiên cứu là 35,65 ± 15,63 năm đây là những người trưởng thành nên tỷ lệ mắc bệnh hay mang kháng thể là thấp hơn rất nhiều.

Với tỷ lệ mang kháng thể anti-HAV IgG chung

là 59,25% của các nhóm nhân viên Hậu cần Bệnh viện TWQĐ 108 nằm trong vùng lưu hành trung bình của bệnh viêm gan A. Vì hầu hết những người trưởng thành đã có kháng thể tự nhiên bảo vệ chống lại bệnh viêm gan A suốt đời nên nhóm này không cần tiêm phòng vắc xin. Tuy nhiên có thể vẫn bị tái nhiễm HAV, gây viêm gan A tái nhiễm. Những trường hợp này cần điều trị nhất là khi có tỷ lệ 2,77% HAV IgM dương tính. Còn những trường hợp HAV IgG âm tính cần tiêm phòng vắc xin, hiện nay đã có vaccine phòng bệnh viêm gan A hiệu quả và an toàn.

Tóm lại kết hợp cả 2 loại xét nghiệm HAV Ab có thể gặp các trường hợp:

	HAV IgG (-)	HAV IgG +
HAV IgM (-)	- Không bị nhiễm HAV - Chưa tiêm vắc xin phòng bệnh hoặc vắc xin không đáp ứng với cơ thể	- Đã từng nhiễm HAV - Đang nhiễm HAV cấp tính - Đã tiêm phòng vắc xin
HAV IgM +	- Đang bị nhiễm HAV - Giai đoạn sớm khi cơ thể chưa sản xuất ra HAV IgG	- Đang bị nhiễm HAV cấp tính

Một xét nghiệm tổng HAV Ab dương tính cho thấy phơi nhiễm HAV trước đó nhưng không loại trừ viêm gan cấp tính hoặc rất gần đây. Xét nghiệm HAV Ab Total âm tính có nghĩa là không có phơi nhiễm với virus trước đó và nên tiêm vắc-xin viêm gan A. Những đường lây lan chính của virus viêm gan A bao gồm:

- Ăn thức ăn chế biến bởi người bị viêm gan A không rửa tay kỹ sau khi đi vệ sinh, chính vì vậy người làm nghề nấu ăn phải được kiểm tra xét nghiệm định kỳ để tránh lây lan cho người khác.
- Ăn chung thức ăn, đồ uống và sử dụng chung đồ dùng sinh hoạt cá nhân như khăn mặt, khăn tắm, bàn chải đánh răng với người bệnh có thể gây lây truyền bệnh viêm gan A.

- Uống nước ở nguồn nước ô nhiễm;
- Ăn sò, ốc sinh sống ở nguồn nước ô nhiễm;
- Tiếp xúc thường xuyên với người bệnh viêm gan A;
- Quan hệ tình dục với người đang mang virus viêm gan A.

Chính vì những lý do trên Quân Y D Bệnh viện TWQĐ 108 cho kiểm tra xét nghiệm HAV các đối tượng bệnh nhân có nguy cơ trên định kỳ hàng năm.

4.2. Bàn luận về tỷ lệ mang kháng thể viêm gan E. Viêm gan E là bệnh viêm gan cấp tính do virus HEV gây ra. Trên thế giới, bệnh viêm gan E xảy ra khá phổ biến. Các nhà nghiên cứu

đã nhận định có 4 loại gen chính của virus HEV gây bệnh, trong đó type 1 và 2 là loại chủ yếu gây bệnh ở người. Việt Nam là một trong số những quốc gia có tỷ lệ nhiễm viêm gan E cao, đặc biệt vào mùa mưa ở những vùng có điều kiện vệ sinh kém. Phần lớn bệnh viêm gan E có thể tự khỏi nếu sức đề kháng tốt, tuy nhiên mặt khác có một số trường hợp bệnh sẽ diễn biến nghiêm trọng, trở nên ác tính và đe dọa đến tính mạng.

Virus HEV thường tồn tại trong phân, chất thải rửa, nguồn nước ô nhiễm,... bám vào thực phẩm và lây truyền cho con người qua đường phân - miệng. Một số đường lây nhiễm cần chú ý của virus như:

- Ăn các thực phẩm bị nhiễm virus hoặc động vật nhiễm bệnh.

- Lây nhiễm qua đường máu.

- Lây truyền từ mẹ sang con.

Nguồn nước bị ô nhiễm là điều kiện thuận lợi để phát tán virus trong cộng đồng. Do đó con người cần phải chủ động có những biện pháp phòng ngừa sự lây nhiễm của bệnh. Các triệu chứng lâm sàng của viêm gan E khá giống với các bệnh viêm gan do virus khác, chính vì vậy rất khó để chẩn đoán chính xác bệnh nếu chỉ dựa vào lâm sàng. Một trong những phương pháp hiệu quả để chẩn đoán viêm gan E chính xác đó là xét nghiệm các kháng thể IgG và IgM của virus HEV trong máu.

Anti HEV IgG là kháng thể miễn dịch của virus HEV được sinh ra khi cơ thể có sự tiếp xúc với virus. Người mang kháng thể anti HEV IgG sẽ có khả năng miễn nhiễm và không bị lây bệnh viêm gan E. Tuy nhiên sau khoảng 5 - 10 năm, nồng độ anti HEV IgG trong máu có thể giảm dần và không mất khả năng chống lại sự xâm nhập của virus.

Trong khi đó anti HEV IgM là kháng thể tự nhiên của virus HEV và tăng cao khi bệnh có dấu hiệu đang tiến triển. Tuy nhiên xét nghiệm anti HEV IgM được coi là kỹ thuật xét nghiệm phức tạp và đòi hỏi máy móc trang thiết bị rất hiện đại.

Các nhân viên hậu cần Bệnh viện 108 sau khi khảo sát có 1 tỷ lệ bị nhiễm viêm gan E (1,85%) và nhóm nhân viên nấu ăn, thợ điện nước có tỷ lệ nhiễm 2,63% sẽ được cách ly tránh lây nhiễm, các nhân viên còn lại sẽ được xây dựng và duy trì thói quen rửa tay sạch sẽ trước và sau khi ăn, khi chế biến món ăn; Giữ gìn vệ sinh thân thể và các đồ dùng, vật dụng trong bếp nấu ăn cho bệnh viện, không sử dụng chung đồ vệ sinh cá nhân; Đồ ăn đảm bảo nấu chín, nước uống đun sôi tiệt trùng, hạn chế ăn rau sống, trái cây không gọt vỏ.

Bệnh viêm gan E tuy có thể tự khỏi nhưng nếu bệnh tiến triển cấp tính thì sẽ vô cùng nguy hiểm và gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng. Việc phát hiện sớm bệnh cũng giúp cho Quân Y D Bệnh viện chủ động có biện pháp bảo vệ tránh lây nhiễm cho cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mang kháng thể HAV IgG của các nhóm nhân viên nói chung là: 59,25%

- Tỷ lệ mang kháng thể HAV IgM của các nhóm nhân viên là: 2,77%

- Tỷ lệ mang kháng thể HEV IgG của các nhóm nhân viên là: 16,66%

- Tỷ lệ mang kháng thể HEV IgM của các nhóm nhân viên là: 1,85%

Đây là những số liệu Quân Y D nắm được nên có kế hoạch tiêm phòng vắc xin viêm gan A, có biện pháp phòng lây nhiễm viêm gan A, E cho cộng đồng và tránh tái nhiễm cho nhân viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyết định số 5447/QĐ-BYT ngày 19/06/2015** của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút A.
2. **Quyết định số 5450/QĐ-BYT ngày 30/12/2014** của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút E.
3. **Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al.** GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-926.
4. **Balayan MS, Andjaparidze AG, Savinskaya SS, Ketiladze ES, Braginsky DM, Savinov AP, et al.** Evidence for a virus in non-A, non-B hepatitis transmitted via the fecal-oral route. *Intervirology* 1983;20:23-31.
5. **Reyes GR, Purdy MA, Kim JP, Luk KC, Young LM, Fry KE, et al.** Isolation of a cDNA from the virus responsible for enterically transmitted non-A, non-B hepatitis. *Science* 1990;247:1335-1339.
6. **Smith DB, Simmonds P** International Committee on Taxonomy of Viruses Hepeviridae Study Group, Jameel S, Emerson SU, Harrison TJ, et al. Consensus proposals for classification of the family Hepeviridae. *J Gen Virol* 2014;95:2223-2232.
7. **Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al.** GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-926.
8. **Balayan MS, Andjaparidze AG, Savinskaya SS, Ketiladze ES, Braginsky DM, Savinov AP, et al.** Evidence for a virus in non-A, non-B hepatitis transmitted via the fecal-oral route. *Intervirology* 1983;20:23-31.
9. **Smith DB, Simmonds P** International Committee on Taxonomy of Viruses Hepeviridae Study Group, Jameel S, Emerson SU, Harrison TJ, et al. Consensus proposals for classification of the family Hepeviridae. *J Gen Virol* 2014;95:2223.