

TÌNH HÌNH NHIỄM VIÊM GAN A CẤP Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BV. NHẬT TÂN

Châu Hữu Hầu, Trần Thị Khánh Linh, Ngô Phi Nhật Thi

Bệnh viện Nhật Tân

TÓM TẮT

Tình hình nhiễm viêm gan A cấp ở BN đến khám và điều trị tại bệnh viện Nhật Tân. Từ tháng 9/2013 đến cuối tháng 8/2014, trong 106 mẫu xét nghiệm IgM anti-HAV có 26 mẫu dương tính và được chẩn đoán là VG A cấp, chiếm 24,5%. Lứa tuổi dưới 14 dễ nhiễm VG A cấp hơn là lứa tuổi lớn >14 tuổi. Do điều kiện kinh tế xã hội nước ta đã cải thiện đáng kể, tình trạng miễn dịch tự nhiên đối với VG A đã giảm xuống và hiện chưa có chương trình chủng ngừa VG A cho trẻ em. Điều này có thể gây dịch VG A lẻ tẻ trong cộng đồng và luôn có nguy cơ trở thành dịch lớn.

SUMMARY

Survey the acute HAV infection in patients diagnosed and treated at the Nhat Tan hospital. From September 2013 to the end of August 2014, 106 serum samples were tested for IgM anti-HAV. There were positive in 26 serum samples and diagnosed with acute hepatitis A infection, accounting for 24.5%. Patients under 14 years of age were susceptible to acute HAV infection more than those over 14 years of age. Due to economic and social conditions in our country has significantly improved, the natural immunity status for HAV has dropped and there are no HAV vaccination programs for children, this could cause sporadic HAV epidemic in the community and are at risk of becoming epidemic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VG A là một dịch bệnh lây truyền qua đường phân miệng. Trong các thập kỷ gần đây, sự cải tiến y tế công cộng và vệ sinh đã giảm tỷ lệ mắc ở trẻ em và thiếu niên trên khắp thế giới, trong đó có nước ta.

Năm 1994, chúng tôi có làm một nghiên cứu cắt ngang tìm những người mang dấu ấn IgG anti-HAV trong cộng đồng dân cư huyện Tân Châu, tỉnh An Giang. Kết quả cho thấy tần suất người mang IgG anti-HAV trong cộng đồng khá cao 97% (95%CI=95-98%). Trong đó, lứa tuổi 0-9 và các lứa tuổi khác bị nhiễm gần bằng hoặc bằng 100%.

Trẻ em dưới 5 tuổi mang IgG anti-HAV là 62,5% và dưới 3 tuổi đã có 50% trẻ mang kháng thể này^(1,3).

Sau 10 năm, chúng tôi khảo sát vào tháng 12/2004⁽²⁾ thì thấy tỷ lệ người mang IgG anti-HAV ở trẻ em đã giảm nhiều. Khi so sánh với số liệu tỷ lệ mang IgG anti-HAV năm 1994 theo các nhóm tuổi 0-4, 5-9, tỷ lệ năm 2004 chỉ còn lần lượt là 37,7% so với 64% và 11,8% với 95%. Tỷ lệ người mang IgG anti-HAV trong nghiên cứu vào năm 2004 của chúng tôi đã giảm xuống nhanh so với 10 năm trước. Điều này chứng tỏ các điều kiện vệ sinh môi trường, chăm sóc sức khỏe đã được cải thiện.

Do tình hình nhiễm VG A khá cao, nên vấn đề chủng ngừa VG A cho nhiều khi không cần thiết do đa số người dân đã có miễn dịch tự nhiên. Nhưng hiện nay, nhiều trẻ em đã lớn lên trong môi trường ít ô nhiễm lại không có IgG anti-HAV bảo vệ nên đặt ra vấn đề chủng ngừa VG A trở nên cấp thiết.

VG A cấp vẫn xảy ra rải rác tại địa bàn hoạt động của bệnh viện Nhật Tân. Nghiên cứu này chúng tôi tìm hiểu tình trạng nhiễm VG A cấp xảy ra như thế nào để phát hiện và điều trị kịp thời.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả BN đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa tư nhân Nhật Tân có xét nghiệm IgM anti-HAV dương tính.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả

Thời gian nghiên cứu: 1 năm từ tháng 9/2013 đến hết tháng 8/2014

Cách chẩn đoán BN nhiễm VG A cấp: Các BN đến khám và điều trị có men gan AST, ALT cao sẽ được xét nghiệm tiếp các dấu hiệu VG như HBsAg, anti-HCV và IgM anti-HAV. Nếu BN có IgM anti-HAV ≥ 1.0 COI thì chẩn đoán VG A cấp.

Phân tích thống kê:

Các số liệu thu được không đồng nhất và không được chọn ngẫu nhiên, nhưng chúng tôi vẫn phân tích để hình dung một vài mối liên hệ. Sau đó số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Dùng Independent-Samples T Test để so sánh một số biến định lượng. Nếu kiểm định Levene < 0.05 thì chúng tôi sử dụng kết quả kiểm định t ở phần Equal variances not assumed. Số trung bình \pm độ lệch chuẩn. Dùng crosstabs để so sánh các biến định tính. Trị số $p < 0.05$ được xem có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

Trong 106 mẫu xét nghiệm, 26 mẫu IgM anti-HAV(+), được chẩn đoán là VG A cấp (24,5%). Trong đó có 7 BN phải nằm điều trị tại bệnh viện. Lứa tuổi mắc VGA như sau:

Bảng 1. Lứa tuổi nhiễm VG A cấp

Lứa tuổi	Tổng số mẫu	IgM anti-HAV(+)	Tỷ lệ VG A cấp %
0-4 tuổi	5	2	40
5-9 tuổi	15	9	60
10-14 tuổi	16	11	68,8
15-19 tuổi	6	2	33,3
20-28 tuổi	64	2	3,1
Cộng chung	106	26	24,5

Bảng 2. Phân chia thành 2 lứa tuổi từ 0-14 tuổi và từ 15 tuổi trở đi

Lứa tuổi	Tổng số	IgM anti-HAV	Tỷ lệ nhiễm VG A cấp %	X ²	OR	P
0-14	36	22	61.1	39.411	25.9 (KTC95% 7.7-87.1)	0.000
15-28	70	4	5.7			
Cộng chung	106	26	24,5			

Bảng 3. Nơi tiếp nhận BN để xét nghiệm

Khám bệnh	Tổng số	IgM anti-HAV (+)	Tỷ lệ %
Không khám (tự xét nghiệm, hoặc BS gửi đến)	40	10	25.0
Khám ngoại trú (Buồng khám nội, nhi)	22	7	31.8
Nằm viện (khoa Nhi, khoa Nội)	44	9	20.5
Cộng chung	106	26	24.5

Bảng 4. AST, ALT, GGT ở các BN được xét nghiệm igG anti-HAV

Men gan	IgM anti-HAV	N	Trung bình	±SD	P
AST	(+)	16	294.5	323.2	0.414
	(-)	63	195.5	721.8	
ALT	(+)	16	404.4	286.4	0.196
	(-)	64	177.0	668.3	
GGT	(+)	7	132.5	388.8	0.524
	(-)	48	247.2	134.4	

Bảng 5. Đồng nhiễm VG A và VG C

Tình trạng anti-HCV		Tổng số	IgM anti-HAV	
			Dương	Tỷ lệ %
Anti-HCV	(+)	2	0	0
	(-)	76	13	17.1
Cộng			13	17.1

Bảng 6. Đồng nhiễm VG A và VG B

Tình trạng nhiễm HBsAg		Tổng số	IgM anti-HAV	
			Dương	Tỷ lệ %
HBsAg	(+)	14	02	14.3
	(-)	66	15	22.7
Cộng		80	17	21.3

Bảng 7. So sánh nồng độ AST, ALT giữa các BN nằm viện vì VG A cấp so với các BN không nằm viện.

Men gan	IgM anti-HAV	N	Trung bình	±SD	P
AST	(+)	7	539.4	1082.1	0.034
	(-)	74	179.1	303.2	
ALT	(+)	7	623.8	974.1	0,004
	(-)	74	175.4	279.5	

IV. BÀN LUẬN

Trong 106 mẫu xét nghiệm, có 26 mẫu IgM anti-HAV(+), được chẩn đoán là VG A cấp, chiếm 24,5%. Lứa tuổi mắc thì thấy lứa tuổi dưới 14 ($22/36=61,1\%$) dễ nhiễm HAV hơn là lứa tuổi lớn >14 tuổi ($4/70=5.7\%$). Về nơi cho chỉ định xét nghiệm thì ở buồng khám nội hoặc nhi có tỷ lệ IgM anti-HAV cao nhất với 31,8%, sau đó là BN tự đến, hoặc do các bác sĩ gửi đến xét nghiệm với 25%. BN nằm viện chỉ chiếm 20.5%.

Xét nghiệm ASL và ALT ở các BN có IgM anti-HAV dương so với các BN có kháng thể VG A âm thì thấy chỉ số khá cao trong cả 2 nhóm, nhưng không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này được lý giải là do BN đến bệnh viện với tình trạng men gan tăng cao, BS mới tầm soát xem có nhiễm virus VG hay không.

Trong mẫu nghiên cứu có 2 trường hợp anti-HCV(+), cả hai trường hợp đều không có IgM anti-HAV; 14 trường hợp có HBsAg, nhưng chỉ có 2 trường hợp HBsAg(+) đồng

nhiễm với BN nhiễm HAV cấp. Đây là do tỷ lệ nhiễm virus VGB khá cao so với VG C ở cộng đồng BN.

So sánh nồng độ AST và ALT ở các BN VG A cấp nằm viện với các trường hợp VG A cấp không nằm viện thì thấy nồng độ AST và ALT ở bn VG A cấp khá cao so với các trường hợp VG A cấp không nằm viện 539.4 và 623.8 so với 179.1 và 2795, khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Năm 1994, chúng tôi đã làm một nghiên cứu tìm tỷ lệ người mang dấu ấn IgG anti-HAV trong cộng đồng dân cư huyện Tân Châu, tỉnh An Giang. Kết quả cho thấy tỷ lệ này khá cao ở trẻ em. Sau 10 năm, chúng tôi khảo sát lại vào tháng 12/2004 thì thấy tỷ lệ người mang IgG anti-HAV ở trẻ em đã giảm nhiều. Khi so sánh với số liệu tỷ lệ mang IgG anti-HAV năm 1994 theo các nhóm tuổi 0-4, 5-9, tỷ lệ năm 2004 chỉ còn lần lượt là 37,7% so với 64% và 11,8% với 95%. Tần suất trẻ mang IgM-anti-HAV ở nông thôn (39,25) cao gấp 5,48 trẻ ở thành thị (10,5%). Trẻ từ 5 đến 8 tháng tuổi tỷ lệ mang là 87,5% (14/16) so với tỷ lệ 10,5% của trẻ từ 9 đến 24 tháng tuổi, cao hơn gấp 59,5 lần, $p < 0,001$. Tỷ lệ người mang IgG anti-HAV trong nghiên cứu vào năm 2004 của chúng tôi đã giảm xuống nhanh so với 10 năm trước. Điều này chứng tỏ các điều kiện vệ sinh môi trường, chăm sóc sức khỏe đã được cải thiện. Thế nhưng tình hình tương tự vẫn còn xảy ra ở các nước phát triển. Ở Malaysia⁽⁴⁾, tần suất huyết thanh có IgG anti-HAV toàn phần là 88,2% với các lứa tuổi càng cao thì IgG anti-HAV càng cao 21-30 tuổi là 66,7% , 31-40 tuổi là 95.5%, 41-50 tuổi 93.5%, 51-60 91.3% tuổi và >60 tuổi là 94.7%. Theo Lee và cs⁽⁵⁾ ở Hàn Quốc tỷ lệ này cũng cao lần lượt là 11.2%, 45.5%, 90.5%, 97.6% và 100%.

Tuy nhiên, bệnh viện chúng tôi mỗi năm đều phát hiện BN nhiễm VG A cấp. Gần đây, VG A cấp có thể đã xảy ra nhiều hơn. Điều này có thể lý giải là do kinh tế xã hội của vùng này đã được cải thiện, môi trường nước ít bị ô nhiễm. Trẻ em có thể ít nhiễm VG A hơn và vì thế không có kháng thể anti-HAV để chống chọi lại tình trạng nhiễm VG A cấp. Và như thế tình trạng VG A cấp vẫn luôn lưu hành và có thể có nguy cơ gây thành dịch lớn do tình trạng miễn dịch tự nhiên đối với VG A đã giảm trong cộng đồng và không có chương trình chủng ngừa VG A.

V. KẾT LUẬN

Tại bệnh viện Nhật Tân, VG A cấp vẫn tiếp tục được phát hiện ở các BN nằm viện, nhất là ở trẻ em. Trong năm 2014, tần suất BN có igM anti-HAV có vẻ tăng lên. Do điều kiện kinh tế xã hội nước ta đã cải thiện đáng kể, tình trạng miễn dịch tự nhiên đối với VG A đã giảm xuống và hiện chưa có chương trình chủng ngừa cho trẻ em. Điều này có thể gây dịch VG A lẻ tẻ trong cộng đồng và luôn có nguy cơ trở thành dịch lớn.

THAM KHẢO

1. Châu Hữu Hậu, Andrew Lee Corwin, Trần Tịnh Hiền, Lê Thị Kim Tiếng, Hạ Bá Khiêm, Phạm Kim Sắc, Võ Tuyết Nhung. 1996. *Tình trạng nhiễm virus viêm gan lây theo đường tiêu hóa (HAV, HEV) ở cộng đồng dân cư huyện Tân Châu, tỉnh An Giang*. Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học. Đại học Y khoa Hà Nội. Số 7: 142-49.
2. Châu Hữu Hậu, Lâm Ngọc Thọ, Đặng Quang Niên, Phan Văn Điền Phương. 2006. *Khảo sát tình hình nhiễm VG A ở các BN nằm viện*. Y Học Thực Hành (560), số 12, tr 72-74.
3. Chau Huu Hau, Tran Tinh Hien, Nguyen Thi Kim Tien, Ha Ba Khiem...Andrew Lee Corwin. 1999. Corwin AL. *Prevalence of enteric hepatitis A and E viruses in the Mekong river delta region of Viet Nam*. Am J Trop Med Hyg.60(2):277-80
4. Ahmad F, Hamzah NAC, Mustaffa N, Gan SH. 2011 September 28. *Anti-hepatitis A seroprevalence among chronic viral hepatitis patients in Kelantan, Malaysia*. Worl J Gastroenterol 17 (36): 4130-4134.
5. Lee SH, Kim HS, Park KO, Park JW, Chun SY, Lim SJ, Cho HJ, Kim SJ, Park HW, Moon HK, Shin WG, Kim KH, Jang MK, Lee JH, Kim HY. 2010 Dec. *Prevalence of IgG anti-HAV in patients with chronic hepatitis B and in the general healthy population in Korea*. Korean J Hepatol. 16(4):362-8.
6. Tzen KT, Chang MH, Tsen YJ, Lee CY, Chen DS. 1991 Feb. *Hepatitis A virus infection in Taipei City in 1989*. J Formos Med Assoc. 90(2):138-40.