

hơn ở các nhóm nội dung so với điều dưỡng trẻ tuổi hơn, nam giới, có kinh nghiệm dưới 5 năm, và có trình độ trung cấp/cao đẳng ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thị Hằng (2019), Báo cáo chia sẻ kinh nghiệm quản lý phòng ngừa sự cố y khoa trong xác định đúng thông tin người bệnh, trao đổi thông tin. Bệnh viện Hùng Vương.
2. Nguyễn Thị Kim Quyên, Trần Anh Tuấn, Phan Thị Tâm Đan, Trương Ngọc Lâm Tuyên, Võ Thị Thanh Giúp, Nguyễn Thị Xuân Hồng, Trần Thụy Khánh Linh (2022) "Kiến thức, thái độ, thực hành SBAR trong bàn giao ca trực của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 2". Tạp chí Y Dược Thực hành 175, (29), 14-14.
3. Cao Thị Thiêm, Đinh Gia Huệ, Nguyễn Thị Yến, Trần Thị Thu, Trần Quang Huy (2023) "Thực trạng bàn giao người bệnh theo mô hình SBAR của điều dưỡng tại bệnh viện VINMEC Times City năm 2022". Tạp chí Y học Việt Nam, 527, (1).
4. Adam, M. H., Ali, H. A., Koko, A., Ibrahim, M. F., Omar, R. S., Mahmoud, D. S., Mohammed, S. O. A., Ahmed, R. A., Habib, K. R., Ali, D. Y. (2022) "The Use of the Situation, Background, Assessment, and Recommendation (SBAR) Form as a Tool for Handoff Communication in the Pediatrics Department in a Sudanese Teaching Hospital". Cureus, 14, (11), e31998.
5. Quach, A. S., Epstein, N. B., Riley, P. J., Falconier, M. K., Fang, X. Y. (2015), Effects of parental warmth and academic pressure on anxiety and depression symptoms in Chinese adolescents. Springer. Germany.
6. Ruhomaulu, Z., K. Betts, Jayne-Coupe, K., Karanfilian, L., Szekely, M., Relwani, A., McCay, J., Jaffry, Z. (2019) "Improving the quality of handover: implementing SBAR". Future Healthc J, 6, (Suppl 2), 54.
7. Street, Jr. R. L. (2002) "Gender differences in health care provider-patient communication: are they due to style, stereotypes, or accommodation?". Patient Educ Couns, 48, (3), 201-6.
8. The Joint Commission (2015), The Joint Commission sentinel event statistics.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ ALPHA-FETOPROTEIN HUYẾT TƯƠNG VỚI MÔ BỆNH HỌC Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN NHIỄM HBV CÓ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT CẮT GAN

Nguyễn Xuân Khải^{1,2}, Dương Quang Huy², Cấn Văn Mão¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ AFP huyết tương với mô bệnh học (MBH) ở bệnh nhân ung thư biểu mô (UTBM) tế bào gan nhiễm virus viêm gan B (Hepatitis B virus – HBV) có chỉ định cắt gan. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 58 bệnh nhân UTBM tế bào gan nhiễm HBV được phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện TWQĐ 108 và Bệnh viện K. Định lượng AFP huyết tương trước phẫu thuật và đối chiếu với kết quả MBH sau phẫu thuật. **Kết quả:** Trung vị nồng độ AFP là 59,46 ng/mL (từ 1,51 đến 3000 ng/mL), trong đó 34,5% bệnh nhân có nồng độ AFP < 20 ng/mL. Đa số khối u có mức độ biệt hóa vừa theo WHO (tỷ lệ 89,7%), ES độ III (tỷ lệ 53,4%) và cấu trúc u ở dạng bè (chiếm 53,4%). Chưa tìm thấy mối liên quan giữa nồng độ AFP huyết tương và đặc điểm MBH khối u ở bệnh nhân UTBM tế bào gan nhiễm HBV, $p > 0,05$. **Kết luận:** Phần lớn UTBM tế bào gan nhiễm HBV có tăng nồng độ AFP huyết tương, tế bào u biệt hóa mức độ vừa, ES độ III và cấu

trúc dạng bè. Không thấy mối liên quan giữa nồng độ AFP huyết tương và đặc điểm MBH khối u.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào gan, mô bệnh học, alpha – fetoprotein, phẫu thuật cắt gan

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN SERUM ALPHA-FETOPROTEIN AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN HBV-RELATED HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS INDICATED FOR HEPATECTOMY

Objective: Determine the correlation between serum AFP and histopathological characteristics in HBV-related hepatocellular carcinoma (HCC) patients indicated for hepatectomy. **Subjects and methods:** A prospective, descriptive cross-sectional study of 58 patients with HCC undergoing hepatectomy at Military Hospital 103, Central Military Hospital 108, and K Hospital. **Results:** The median AFP concentration was 59.46 ng/mL, range 1.51 - 3000 ng/mL, with 34.5% of patients having AFP levels < 20 ng/mL. Most tumors have a moderate - differentiation according to WHO (rate 89.7%), ES grade III (rate 53.4%). The tumor structure is mostly trabecular, accounting for 53.4%. No correlation was found between AFP levels and histopathological features of the tumor in patients with HCC, $p > 0.05$. **Conclusion:** Most patients have elevated AFP levels, moderate – differentiation, ES grade III, and trabecular architecture tumor. No correlation was found between serum AFP and tumor histopathological characteristics.

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Cấn Văn Mão

Email: canvanmao@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

Keywords: Hepatocellular carcinoma, histopathology, alpha-fetoprotein, hepatectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô (UTBM) tế bào gan là một trong những khối u ác tính phổ biến nhất với tỷ lệ mắc đứng thứ sáu và có tiên lượng rất xấu với tuổi thọ trung bình 6 - 10 tháng và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba theo Globocan 2022 [1].

Kể từ những năm 1970, Alpha fetoprotein (AFP) đã được sử dụng như một dấu ấn khối u để chẩn đoán UTBM tế bào gan với ưu điểm dễ thực hiện và chi phí hợp lý. Nồng độ AFP huyết tương trong gần 75% các trường hợp UTBM tế bào gan cao hơn 10 ng/mL và hiện đây vẫn được coi là dấu ấn huyết thanh quan trọng nhất để chẩn đoán UTBM tế bào gan, mặc dù nó có thể tăng cao trong một số bệnh gan không phải ung thư và có thể ở mức thấp trong một số bệnh nhân. Ở những bệnh nhân xơ gan hoặc nhiễm virus viêm gan B (Hepatitis B virus - HBV) hoặc viêm gan C mạn tính, AFP là dấu ấn huyết tương quan trọng nhất để dự đoán sự xuất hiện UTBM tế bào gan. Ngoài giá trị chẩn đoán, AFP còn có giá trị tiên lượng và là một chỉ số quan trọng dự báo tái phát và di căn UTBM tế bào gan sau phẫu thuật. Tuy nhiên, hiện vẫn có ít nghiên cứu về mối liên quan giữa nồng độ AFP huyết tương với một số đặc điểm u trên mô bệnh học (MBH) như mức độ biệt hóa khối u, cấu trúc u, xâm nhập mạch. Do đó, chúng tôi tiến hành NC này với mục tiêu: *Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ AFP huyết tương với MBH ở bệnh nhân UTBM tế bào gan nhiễm HBV có chỉ định cắt gan.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 58 bệnh nhân UTBM tế bào gan được phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện TWQĐ 108 và Bệnh viện K, thời gian từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTBM tế bào gan do HBV theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam (2020) [4], có chỉ định điều trị triệt căn bằng phẫu thuật cắt gan.

- Xét nghiệm ELISA HBsAg (+).

+ Có kết quả xét nghiệm nồng độ AFP huyết tương trước phẫu thuật và kết quả MBH sau phẫu thuật.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân UTBM tế bào gan đã được can thiệp điều trị trước đó, không có đủ chỉ tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện.
- Định lượng nồng độ AFP huyết tương theo phương pháp miễn dịch hóa phát quang tại khoa Sinh hóa ở các Bệnh viện nghiên cứu, chia thành 3 nhóm < 20, 20 – 400 và > 400ng/mL.

- Xác định đặc điểm khối u gan trên siêu âm và CT scanner 3 thì, gồm: vị trí, số lượng, kích thước khối u, hình thái khối u.

- Đánh giá giai đoạn UTBM tế bào gan trên 2 hệ thống phân chia giai đoạn: Hệ thống đánh giá chức năng gan theo phân loại Child -Pugh (1973) (bao gồm Child-Pugh A, Child-Pugh B, Child-Pugh C) và hệ thống phân chia giai đoạn BCLC (gồm 5 giai đoạn: O, A, B, C, D).

- Khối u gan sau phẫu thuật được chuyển đến Khoa Giải phẫu bệnh. Bệnh phẩm được phẫu tích, các mảnh cắt được xử lý, vùi parafin, cắt mỏng và nhuộm mảnh cắt bằng phương pháp nhuộm hai màu Hematoxylin & Eosin theo quy trình chuẩn. Các tiêu bản sau đó được đọc dưới kính hiển vi quang học. Đánh giá các đặc điểm MBH bao gồm mức độ biệt hóa u theo WHO 2019 [5] (biệt hóa thấp, vừa, cao) và hệ thống xếp độ biệt hóa tế bào theo Edmondson và Steiner (ES) gồm 4 mức độ biệt hóa (ES I đến ES IV) [6].

Xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê dùng trong y học SPSS 20.0. Sử dụng kiểm định Chi bình phương và Fisher exact để kiểm định sự khác biệt giữa các nhóm. Giá trị p<0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới, gánh nặng khối u và giai đoạn bệnh (n = 58)

Đặc điểm		n (%)
Tuổi	Trung vị	59,0
	Min - Max	39 - 74
Giới	Nam	52 (89,7)
	Nữ	6 (10,3)
Mức độ xơ gan theo Child-Pugh	A	58 (100)
	B	0
	C	0
Giai đoạn bệnh theo BCLC	0	2 (3,4)
	A	47 (81,0)
	B	1 (1,7)
	C	8 (13,8)
Đường kính u (mm)	Trung bình (min-max)	45 (15,0-113)
	< 20	2 (3,4)
	20 – 30	7 (12,1)
	> 30	49 (84,5)
Số lượng u	1	49 (84,5)
	2	4 (6,9)

	3	2 (3,4)
	> 3	3 (5,2)
Vị trí u	Thùy phải	48 (82,8)
	Thùy trái	8 (13,8)
	Hai thùy	2 (3,4)

Nhận xét: Trung vị tuổi nhóm nghiên cứu là 59, nam chiếm đa số (89,7%).

Đa số có 1 khối u (84,5%), nằm thùy gan phải (82,8%) và kích thước > 30mm (84,5%). Giai đoạn u chủ yếu ở giai đoạn sớm (81,0%) và 100% mức xơ gan Child A.

3.2. Đặc điểm nồng độ AFP huyết tương và mô bệnh học khối u

Bảng 3.2. Đặc điểm nồng độ AFP huyết tương (n=58)

Nồng độ AFP (ng/mL)	< 20	20 (34,5%)
	20 - 400	19 (32,8%)
	> 400	19 (32,7%)
	Trung vị	59,46
	Min - Max	1,51 - 3000

Nhận xét: 34,5% bệnh nhân UTBM tế bào gan có AFP bình thường.

Bảng 3.3. Đặc điểm mô bệnh học khối u (n=58)

Đặc điểm		n, %
Độ biệt hóa theo WHO	Biệt hóa cao	1 (1,7)
	Biệt hóa vừa	52 (89,7)
	Biệt hóa kém	5 (8,6)
Phân độ ES	I	1 (1,7)
	II	23 (39,7)
	III	31 (53,4)
	IV	3 (5,2)
Cấu trúc u	Dạng bè	31 (53,4)
	Dạng đặc	20 (34,5)
	Dạng giả tuyến	3 (5,2)
	Dạng hỗn hợp	4 (6,9)
Xâm nhập mạch	Có	27 (46,6%)
	Không	31 (53,4%)

Nhận xét: 89,7% tế bào u biệt hóa mức độ vừa theo phân loại WHO 2019 và 93,1% ở phân độ ES II và ES III; dạng bè và dạng đặc chiếm chủ yếu (tỷ lệ lần lượt là 53,4% và 34,5%) và 46,6% bệnh nhân có xâm nhập mạch trên MBH.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa nồng độ AFP và đặc điểm mô học của khối u (n=58)

Đặc điểm	AFP (ng/mL)		p
	≤ 400	> 400	
Độ biệt hóa WHO	Cao - vừa	35 (89,7%) 18 (94,7%)	0,467**
	Kém	4 (10,3%) 1 (5,3%)	
Edmondson - Steiner	I-II	16 (41,0%) 8 (42,1%)	0,579*
	III-IV	23 (59,0%) 11 (57,9%)	

Cấu trúc u	Dạng bè	23 (59,0%)	8 (42,1%)	0,534**
	Dạng đặc	11 (28,2%)	9 (47,4%)	
	Dạng giả tuyến	2 (5,1%)	1 (5,3%)	
	Dạng hỗn hợp	3 (7,7%)	1 (5,3%)	
Xâm nhập mạch	Có	17 (43,6%)	10 (52,6%)	0,582*
	Không	22 (56,4%)	9 (47,4%)	

* Test Chi - bình phương, ** Test Fisher Exact

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa nồng độ AFP huyết tương với một số đặc điểm MBH của khối UTBM tế bào gan

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm gánh nặng khối u, giai đoạn bệnh và AFP huyết tương. Thực hiện nghiên cứu trên 58 bệnh nhân UTBM tế bào gan đa số bệnh nhân chỉ có 1 khối u (84,5%), nằm thùy gan phải (82,8%) và kích thước > 30mm (84,5%). Giai đoạn u chủ yếu ở giai đoạn sớm (81,0%) và 100% mức xơ gan Child A. Kết quả này là phù hợp do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được lựa chọn cho được điều trị triệt căn bằng phẫu thuật nên chức năng gan còn tốt, giai đoạn sớm và trung gian gặp với tỷ lệ cao. Có 13,8% bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển, đây là những bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch cửa nằm cùng bên với khối u và có thể lấy bỏ được qua phẫu thuật nên vẫn được chỉ định điều trị triệt căn theo đúng khuyến cáo của Bộ y tế Việt Nam năm 2020.

Nồng độ AFP dao động trong khoảng từ 1,51 đến 3000 ng/mL. Trong đó, tỷ lệ số BN có nồng độ AFP < 20 ng/mL là 34,5%. Theo Phạm Thế Anh (2023), tỷ lệ BN có nồng độ AFP bình thường chiếm 33,8% [2], tương đương NC của chúng tôi. Như vậy, mặc dù AFP là một trong ba tiêu chuẩn để chẩn đoán UTBM tế bào gan theo Bộ Y Tế, nhưng độ nhạy không cao.

4.2. Đặc điểm mô bệnh học. Đánh giá mức độ biệt hóa u theo tiêu chuẩn của WHO 2019 chúng tôi nhận thấy đa số tế bào u có mức độ biệt hóa vừa (89,7%), tỷ lệ u biệt hóa kém là 8,6%, có 1 trường hợp có khối u biệt hóa tốt, chiếm 1,7%. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Yan B. và CS khi ghi nhận tỷ lệ tế bào u biệt hóa vừa và kém lần lượt là 59% và 17%) [3] hay của Hồ Tấn Phát cho kết quả là 78,5% và 21,5%, theo thứ tự [4].

Phân loại mức độ biệt hóa theo Edmondson - Steiner (ES) cho thấy tỷ lệ ES độ III chiếm đa

số (53,4%), cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Hồ Tấn Phát (2022), tỷ lệ ES độ III là 58,9% [4].

Về cấu trúc u, dạng bè chiếm đa số với tỷ lệ 43,4%, tương tự nghiên cứu của Hồ Tấn Phát (57%) [4], Lauwers (48,5%) [5]. Chiếm tỷ lệ thấp hơn là dạng u đặc, chiếm 34,5%, tương tự NC của Lauwers (36%) [5].

Xâm nhập mạch là hiện tượng thường gặp trong UTBM tế bào gan, thể hiện khối u tiến triển, trong đó chủ yếu là xâm lấn tĩnh mạch cửa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này là 46,6% nằm trong khoảng tỷ lệ 6,5 - 48% theo một số nghiên cứu.

4.3. Mối liên quan giữa AFP huyết tương và mô bệnh học. Mặc dù hiện nay có nhiều nghiên cứu đang tìm kiếm các marker sinh học mới giúp chẩn đoán và tiên lượng bệnh nhân UTBM tế bào gan nhưng AFP vẫn là chỉ số sinh học được sử dụng phổ biến nhất hiện nay bởi dễ triển khai xét nghiệm, cho phí hợp lý và nhất là vẫn bảo đảm độ nhạy, độ đặc hiệu cần thiết.

Đến nay, một số nghiên cứu đã được thực hiện để xác định mối liên quan giữa mức AFP và các đặc điểm lâm sàng bệnh lý của UTBM tế bào gan. Nồng độ AFP tăng cao liên tục đã được chứng minh có liên quan đến độ ác tính của khối u (xâm nhập mạch, biệt hóa kém) [6]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa nồng độ AFP huyết tương và các đặc điểm MBH của khối u, $p > 0,05$, phù hợp với nghiên cứu của Lalising A. và CS (2018) trên 32 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan, cho thấy không có mối liên quan giữa nồng độ AFP và độ biệt hóa của khối u, với $p = 0,265$ [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Si Y.Q. và CS (2020) lại nhận thấy có mối liên quan giữa nồng độ AFP và đặc điểm khối u gồm kích thước, độ biệt hóa và xâm nhập mạch [8]. Calderaro J. và CS (2017) đã mô tả một thể bệnh mới, HCC thể bè lớn (macrotrabecular-massive – MTM), đặc trưng bởi cấu trúc mô bè lớn chiếm ưu thế với hơn 50% của khối u, nồng độ AFP cao trong huyết tương ($AFP > 100 \text{ ng/ml}$, $p < 0,02$) và tỷ lệ sống không tái phát kém [9], tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi lại không tìm thấy mối liên quan giữa cấu trúc u và nồng độ AFP.

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi trái ngược với một số kết quả đã báo cáo trước đây rằng giá trị AFP liên quan đến kích thước khối u lớn, xâm nhập mạch và biệt hóa kém. Sự mâu thuẫn này đặt ra câu hỏi liệu các yếu tố khác ngoài AFP có ảnh hưởng đến biệt hóa mô học hay không, hoặc liệu các tế bào UTBM tế bào gan này bị tổn thương nghiêm trọng đến

mức không sản xuất AFP. Theo Yen Y.H. và CS (2023), UTBM tế bào gan do nhiễm virus (HBV hoặc HCV) là yếu tố gây tăng AFP nhiều hơn so với nhóm UTBM tế bào gan không do virus [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều nhiễm HBV, do đó đây có thể là yếu tố chông lấp, dẫn đến giảm mức độ tương quan giữa nồng độ AFP và đặc điểm mô học của khối u. Bên cạnh đó, hiện nay có các đột biến gene của khối u liên quan biểu hiện AFP. CTNNB1 là một gene có đột biến phổ biến trong đường đi tín hiệu Wnt/ β -catenin ở UTBM tế bào gan. Calderaro J. và CS (2017) đã chỉ ra rằng các đột biến CTNNB1 xác định một phân loại cụ thể của UTBM tế bào gan, với sự biểu hiện AFP thấp hơn so với nhóm không có đột biến này [9]. Ngoài ra, sự khác biệt có thể liên quan đến tỷ lệ độ mô học và cỡ mẫu nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biệt hóa cao và vừa chiếm tới 91,4%. Một số tác giả đưa ra phân nhóm nồng độ AFP khác với chúng tôi, ở mức cut-off thấp hơn là 20 ng/mL do đó cũng có thể dẫn đến sự khác nhau trong kết quả nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Khối u đa số ở mức độ biệt hóa vừa (89,7%), ES độ III (53,4%) và dạng bè (53,4%). Không thấy mối liên quan giữa nồng độ AFP huyết tương và đặc điểm MBH khối u ở bệnh nhân UTBM tế bào gan nhiễm HBV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A:** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians 2024, 74(3):229-263.
2. **Anh PT, Phương TH:** một số đặc điểm nồng độ afp trên bệnh nhân cắt gan do hcc tại bệnh viện k. Tạp chí Y học Việt Nam 2024, 535(1B).
3. **Yan B, Wei JJ, Qian YM, Zhao XL, Zhang WW, Xu AM, Zhang SH:** Expression and clinicopathologic significance of glypican 3 in hepatocellular carcinoma. Ann Diagn Pathol 2011, 15(3):162-169.
4. **Phát HT, Thịnh NT, Vân PH, Duy NB, Thịnh HV, Diệp NBN, Duy NĐS, Minh HS, Thiện DH, Duy TK:** Đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô tế bào gan ở bệnh nhân nhiễm vi rút viêm gan B. Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy 2022.
5. **Lauwers GY, Terris B, Balis UJ, Batts KP, Regimbeau J-M, Chang Y, Graeme-Cook F, Yamabe H, Ikai I, Cleary KR:** Prognostic histologic indicators of curatively resected hepatocellular carcinomas: a multi-institutional analysis of 425 patients with definition of a histologic prognostic index. The American journal of surgical pathology 2002, 26(1):25-34.

6. **Hu X, Chen R, Wei Q, Xu X:** The Landscape Of Alpha Fetoprotein In Hepatocellular Carcinoma: Where Are We? *Int J Biol Sci* 2022, 18(2):536-551.
7. **Lalisang A, Jeo W, Moenadjat Y, Lalisang T:** Correlation Between Serum Level of Alpha-Fetoprotein and Histological Differentiation Grade of Hepatocellular Carcinoma. *Journal of Physics: Conference Series* 2018, 1073:032056.
8. **Si YQ, Wang XQ, Fan G, Wang CY, Zheng YW, Song X, Pan CC, Chu FL, Liu ZF, Lu BR et al:** Value of AFP and PIVKA-II in diagnosis of HBV-related hepatocellular carcinoma and prediction of vascular invasion and tumor differentiation. *Infect Agent Cancer* 2020, 15(1):70.
9. **Calderaro J, Couchy G, Imbeaud S, Amaddeo G, Letouzé E, Blanc JF, Laurent C, Hajji Y, Azoulay D, Bioulac-Sage P et al:** Histological subtypes of hepatocellular carcinoma are related to gene mutations and molecular tumour classification. *J Hepatol* 2017, 67(4):727-738.
10. **Yen YH, Kee KM, Li WF, Liu YW, Wang CC, Hu TH, Tsai MC, Lin CY:** Stationary Trend in Elevated Serum Alpha-Fetoprotein Level in Hepatocellular Carcinoma Patients. *Cancers (Basel)* 2023, 15(4).

THỰC TRẠNG NĂNG LỰC VÀ NHU CẦU XÉT NGHIỆM ĐO TẢI LƯỢNG HIV Ở NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN SÔNG LÔ NĂM 2024

Nguyễn Thị Tuyết Mai¹, Ngô Đình Trung², Phan Kim Trọng¹, Nguyễn Minh Quân³, Nguyễn Ngọc Bích³

TÓM TẮT

Xét nghiệm đo tải lượng HIV được chỉ định theo dõi thường quy trong điều trị thuốc ARV. Mục tiêu: Mô tả thực trạng năng lực và nhu cầu xét nghiệm đo tải lượng HIV ở người bệnh HIV/AIDS điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Sông Lô, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2022 – 2023. Phương pháp nghiên cứu: quan sát, phỏng vấn sâu bác sĩ lâm sàng, nhân viên y tế chuyển gửi mẫu và ghi chép thông tin từ hồ sơ bảo cáo, sổ sách dữ liệu, tổng hợp, đánh giá, phân tích nhằm đề xuất một số giải pháp để triển khai xét nghiệm đo tải lượng HIV. Hồ sơ ghi chép được lưu tại Khoa xét nghiệm từ tháng 01/2023 đến 6/2024. Thực hiện phỏng vấn trên đại diện 10 người bệnh, 8 bác sĩ lâm sàng, 3 nhân viên thực hiện chuyển gửi, 2 nhân viên phòng xét nghiệm, 01 trưởng phòng xét nghiệm và 01 Phó giám đốc Trung tâm; 3) Kết quả: đơn vị cơ bản đáp ứng được điều kiện về cơ sở vật chất, tuy nhiên số lượng nhân sự còn thiếu, chưa được đào tạo về kỹ thuật, chưa được trang bị hệ thống phân tích xét nghiệm, chưa dự trữ và mua sắm hoá chất, vật tư tiêu hao. Trong khi nhu cầu thực hiện xét nghiệm đo tải lượng HIV tại đơn vị là rất lớn, các đối tượng phỏng vấn bao gồm lãnh đạo khoa, bác sĩ lâm sàng, nhân viên khoa xét nghiệm, nhân viên thực hiện chuyển gửi và người bệnh đều mong muốn xét nghiệm đo tải lượng HIV được triển khai tại đơn vị. Kết luận: Triển khai xét nghiệm đo tải lượng HIV là nhu cầu của người có H và nhân viên y tế và phù hợp với năng lực củaTTYT huyện sông Lô. **Từ khoá:** tải lượng HIV, xét

nghiệm, ARV, triển khai

SUMMARY

CAPACITY AND DEMAND FOR HIV VIRAL LOAD TESTING FOR HIV/AIDS OUTPATIENTS AT SONG LO DISTRICT HEALTH CENTER, 2024

Viral load testing is routinely indicated for monitoring during ARV treatment. **Objective:** To describe the current status of capacity and demand for HIV viral load testing for HIV/AIDS outpatients at Song Lo District Health Center, Vinh Phuc Province, in 2022 – 2023. **Research Method:** The study employed observation, in-depth interviews with clinical doctors, staff responsible for sample transfer, and data recording from reports, logbooks, and other records. Information was compiled, evaluated, and analyzed to propose solutions for implementing HIV viral load testing. Records were kept at the Laboratory Department from January 2023 to June 2024. Interviews were conducted with representatives, including 10 patients, 8 clinical doctors, 3 sample transfer staff, 2 laboratory staff, the head of the laboratory, and the director of the health center. **Results:** The health center basically meets the physical infrastructure requirements; however, there is a shortage of trained personnel, lack of necessary analytical systems, and an absence of budgeted supplies and consumables. Despite the high demand for viral load testing at the center, all interviewees, including department leaders, clinical doctors, laboratory staff, sample transfer staff, and patients, expressed a strong desire for the implementation of HIV viral load testing at the facility. **Conclusion:** Implementing HIV viral load testing is the demand of people living with HIV, and the center has capacity to implement this.

Keywords: Realtime PCR - HIV, testing, ARV

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS tác động trực tiếp đến sức khỏe

¹Trung tâm Y tế huyện Sông Lô

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tuyết Mai

Email: thienmai19841985@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024