

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ học sinh có kiến thức, thái độ và thực hành chung về sức khỏe sinh sản đúng còn hạn chế. Có mối liên quan giữa kiến thức chung với thái độ chung và thực hành chung ($p \leq 0,05$). Dựa vào các yếu tố liên quan nhằm tăng cường các giải pháp truyền thông, giáo dục kết hợp trong và ngoài nhà trường để nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành về sức khỏe sinh sản của học sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sully E.A., Biddlecom A., Daroch J., Riley T., Ashford L., Lince-Deroche N. et al., Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York: Guttmacher Institute; 2020.
2. Jacqueline E. Darroch VW, Akinrinola Bankole, Lori S. Ashford. Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. 2016. 1,12.
3. Bộ Y tế (2020), Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục cho vị thành niên, thanh niên giai đoạn 2020-2025, Hà Nội.
4. WHO - Bộ Y tế - Bộ Giáo dục và Đào tạo (2021), Báo cáo khảo sát hành vi sức khỏe học sinh toàn cầu tại Việt Nam năm 2019.
5. Lê Bích Quyên và cộng sự (2021), "Nghiên cứu kiến thức, thái độ và thực hành về sức khỏe sinh sản ở học sinh thuộc các trường trung học

phổ thông tại huyện Kế Sách, tỉnh Sóc Trăng năm 2021", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, Số 54(2022), tr.84-91.

6. Nguyễn Thúy Hà, Đàm Khải Hoàn, Đặng Thị Minh Nguyệt (2017), "Kiến thức, thái độ và thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản ở học sinh trung học phổ thông, Thành phố Thái Nguyên", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 531-Tháng 10, Số 2 (2023) tr.411-415.
7. Trương Thị Vân Anh, Nguyễn Tấn Đạt (2014), Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản và nhu cầu giáo dục giới tính của học sinh trung học cơ sở tại quận Ninh Kiều, TP. Cần Thơ năm 2014, Đề tài NCKH công nghệ cấp trường, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
8. Nguyễn Bá Nam và các cộng sự (2019), "Kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc sức khỏe sinh sản của học sinh trung học phổ thông tại quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ 2019", Tạp chí y học dự phòng, 30 (4), tr.116.
9. Nguyễn Ngọc Nghĩa, Nguyễn Thị Quỳnh, Trần Mỹ Hương (2023), "Khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành về sức khỏe sinh sản ở học sinh trường THPT Lý Thường Kiệt, Thành phố Yên Bái năm 2023", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 535-Tháng 2, Số 2 (2024) tr.286-290.
10. Trần Quốc Thắng, Đinh Thị Vân, Đào Xuân Vinh, Trần Thị Lý (2024), "Kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc sức khỏe sinh sản của học sinh trung học phổ thông Tiên Hưng, Đông Hưng, Thái Bình năm 2023", Tạp chí Y học Cộng đồng, Tập 65 (1), tr.244-251.

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG – MÔ BỆNH HỌC CỦA CARCINÔM TẾ BÀO GAN LOẠI VIÊM GAN THOÁI HÓA MỠ

Nguyễn Đức Duy¹, Đặng Minh Xuân¹, Đoàn Thị Phương Thảo¹,
Luu Thị Thu Thảo², Hồ Quốc Chương³, Hoàng Anh Vũ³, Ngô Thị Tuyết Hạnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ của carcinôm tế bào gan phân nhóm viêm gan thoái hóa mỡ (SH-HCC) trên bệnh nhân Việt Nam và vai trò của phân nhóm này trong tiên lượng tái phát sớm, khi so sánh với carcinôm tế bào gan dạng truyền thống (C-HCC). **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Từ 108 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do HCC tại bệnh viện Đại học Y Dược năm 2018, các trường hợp được chẩn đoán là SH-HCC và C-HCC được lựa chọn. Chúng tôi so sánh các đặc điểm lâm sàng, đặc điểm mô bệnh

học của mô gan u và mô gan nền, biểu hiện CK19, tình trạng đột biến vùng promoter của TERT và so sánh tỷ lệ tái phát sớm giữa 2 nhóm SH-HCC và C-HCC. **Kết quả:** SH-HCC chiếm 15,7% trong tất cả các phân nhóm HCC. SH-HCC có xu hướng có hoại tử u và xâm nhập mạch ít hơn và mô gan nền có mức độ thoái hóa mỡ cao hơn nhóm C-HCC. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tái phát u sớm giữa 2 nhóm, tuy nhiên, các u thuộc SH-HCC với tình trạng u xâm nhập mạch máu sẽ có tỷ lệ tái phát sớm cao hơn đáng kể nhóm C-HCC. **Kết luận:** SH-HCC là loại phân nhóm thường gặp thứ 2 trong tất cả trường hợp HCC với tỷ lệ 15,7%. Nguy cơ tái phát sớm giữa phân nhóm SH-HCC và C-HCC là không khác biệt. **Từ khóa:** Carcinôm tế bào gan, tái phát u sớm, mô bệnh học

SUMMARY

PARACLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL FEATURES OF STEATOHEPATITIC HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objective: Determine the prevalence of Steatohepatitic HCC subtype in Vietnamese patients

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Trung tâm Y sinh học phân tử, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Tuyết Hạnh

Email: ngothituyethanh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 18.9.2024

and the role of this subtype in the prognosis of early recurrence. **Materials and Methods:** From 108 patients undergoing hepatectomy due to HCC at the University Medical Center Ho Chi Minh City in 2018, cases diagnosed as SH-HCC and C-HCC were selected. We compared the clinical characteristics, histopathological characteristics of tumor liver tissue and background liver tissue, CK19 expression, and TERT promoter mutation status and compared the early recurrence rate between the SH-HCC and C-HCC groups. **Results:** SH-HCC accounts for 15.7% of all HCC subtypes. The SH-HCC subtype tends to have less tumor necrosis and microscopic vascular invasion, as well as the underlying liver tissue has a higher degree of fatty degeneration than the C-HCC group. There is no difference in the rate of early tumor recurrence between the 2 groups. However, SH-HCC tumors with microscopic vascular invasion will have a significantly higher early recurrence rate than the C-HCC group. **Conclusion:** SH-HCC is the second most common subtype among all HCC cases with a rate of 15.7%. The risk of early recurrence between SH-HCC and C-HCC subtypes is not different.

Keywords: Steatohepatic hepatocellular carcinoma, early recurrent rate, histopathology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Carcinôm tế bào gan (HCC) là loại u ác tính có xuất độ đứng hàng thứ 3 trên thế giới, và chiếm khoảng 90% các u ác tính nguyên phát ở gan. Mỗi năm có khoảng 840,000 ca HCC mắc mới và 780,000 bệnh nhân tử vong. Các yếu tố nguy cơ của HCC bao gồm nhiễm virus viêm gan B (HBV), virus viêm gan C (HCV), bệnh gan do rượu và bệnh gan thoái hóa mỡ không do rượu (Nonalcoholic fatty liver disease, hay NAFLD) [3]. Mặc dù có những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tiên lượng của HCC vẫn kém, chủ yếu là do tỷ lệ tái phát cao sau các liệu pháp triệt để như phẫu thuật cắt u hoặc ghép gan [8]. Tái phát sớm được định nghĩa là tái phát trong vòng 2 năm sau khi điều trị, được coi là phản ánh tính đặc điểm diễn tiến nhanh của u và sự hiện diện của di căn trong gan tiềm ẩn tại thời điểm điều trị và có liên quan đến tiên lượng sống còn kém của bệnh nhân.

Bảng phân loại u cơ quan tiêu hóa năm 2019 của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã phân loại HCC thành các phân nhóm khác nhau dựa trên các đặc điểm phân tử riêng biệt, và mỗi phân nhóm đều có các đặc điểm mô bệnh học và sinh học phân tử riêng, và có tiên lượng khác biệt so với nhóm HCC truyền thống (conventional HCC, hay C-HCC) [3]. HCC dạng viêm gan thoái hóa mỡ (Steatohepatic HCC, hay SH-HCC) là một phân nhóm riêng với các đặc điểm mô bệnh học đặc trưng như hiện diện tình trạng viêm trong u, tế bào bóng bay, thể Mallory-Denk và xơ hóa trong u. SH-HCC thường gặp trên bệnh nhân

mắc các bệnh lý chuyển hóa hay nghiện rượu [3]. Tiên lượng của nhóm SH-HCC cũng chưa có sự thống nhất giữa các nghiên cứu với một số nghiên cứu cho thấy tiên lượng sống còn của SH-HCC cũng tương tự C-HCC, nhưng cũng có nghiên cứu cho thấy tiên lượng của SH-HCC xấu hơn đáng kể. Tỷ lệ của phân nhóm cũng khác biệt tùy vào từng nghiên cứu. Bên cạnh phân nhóm mô học, các yếu tố mô bệnh học như kích thước u, độ mô học u, xâm nhập mạch máu, xơ gan, biểu hiện CK19 là các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh nhân [5, 7].

Vì sự khác biệt về các đặc điểm lâm sàng và đặc điểm phân tử đã được ghi nhận trong y văn, chúng tôi đặt ra câu hỏi là tỷ lệ của phân nhóm SH-HCC trên dân số Việt Nam là bao nhiêu và phân nhóm này có ảnh hưởng như thế nào đến nguy cơ tái phát sớm. Vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm các mục đích: (1) Xác định tỷ lệ phân nhóm SH-HCC trong các trường hợp mắc HCC tại Việt Nam và (2) Xác định vai trò của phân nhóm SH-HCC đến nguy cơ tái phát sớm của HCC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu được thực hiện trên 108 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do HCC tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh vào năm 2018 với các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ như sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân (1) có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là HCC, (2) có đầy đủ hồ sơ bệnh án, (3) còn đầy đủ lam, khối sáp.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân (1) đã được chẩn đoán bệnh ác tính khác trước đó, (2) bệnh phẩm bệnh nhân khi cắt lọc không lấy mẫu để đánh giá mô gan không u.

Cỡ mẫu được tính toán theo công thức:

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

Trong đó $\alpha = 0.05$, $p = 0.15$, $d = 0.07$. Chúng tôi tính ra được cỡ mẫu $n \geq 100$. Nghiên cứu của chúng tôi có 108 bệnh nhân

2. Thông tin cận lâm sàng. Thông tin lâm sàng của bệnh nhân được trích xuất từ hồ sơ bệnh án điện tử. Các dữ liệu được thu thập bao gồm xét nghiệm cận lâm sàng, tình trạng nhiễm HBV, HCV, và giai đoạn bệnh theo BCLC. Những bệnh nhân HCC sau mổ được tái khám mỗi 3 – 6 tháng và theo dõi trong khoảng thời gian 24 tháng. Trong mỗi lần tái khám, bệnh nhân sẽ được thực hiện siêu âm bụng. Nếu siêu âm phát hiện ra các tổn thương nghi ngờ trên gan, CT -

Scan bụng sẽ được tiến hành. Sự tái phát của khối u sẽ được xác nhận nếu có sự xuất hiện của tổn thương mới với các đặc điểm hình ảnh học phù hợp với HCC.

3. Đặc điểm Giải phẫu bệnh và đặc điểm phân tử. Các đặc điểm giải phẫu bệnh của u được khảo sát bao gồm kích thước u, độ mô học của u theo Edmondson – Steiner, phân nhóm mô học của u, tình trạng hoại tử u, xâm nhập mạch máu vi thể, chỉ số phân bào (được đếm trên 10 quang trường có độ phóng đại 400). HCC được phân thành các phân nhóm mô học khác nhau theo bảng phân loại WHO 2019 [3], trong đó chúng tôi chẩn đoán phân nhóm SH-HCC khi thành phần SH-HCC chiếm ít nhất 5% u.

Các đặc điểm của mô gan không u được khảo sát trên mô gan lành và cách mô u ít nhất 1 cm. Mức độ viêm và xơ hóa gan được đánh giá theo tiêu chuẩn của Ishak – Knodell, mức độ gan thoái hóa mỡ được chia thành các mức độ là không (<5%), nhẹ (5% –33%), trung bình (34% – 66%) và nặng (> 67%).

Mỗi ca bệnh, chúng tôi sẽ lựa chọn một khối sáp để nhuộm hóa mô miễn dịch (HMMD) và khảo sát tình trạng đột biến vùng promoter với gen TERT. Tiêu bản được nhuộm HMMD với kháng thể đơn dòng CK19 (A53-B/A2.26) theo hướng dẫn của nhà sản xuất (Dako).

Để thực hiện phân tích đột biến vùng promoter của gen TERT, genoma DNA được ly trích bằng bộ kit Promega Wizard® Genomic

DNA Purification, sau đó thực hiện phản ứng PCR với cặp mồi TERT-F: GTCCTGCCCTTCACCTT và TERT-R: AGCACCTCGCGGTAGTGG. Quá trình tinh sạch sản phẩm DNA được thực hiện bằng bộ kit ExoSAP-IT® PCR Product Cleanup. Sau quá trình giải trình tự chu kỳ, sản phẩm sẽ được giải trình tự bằng máy tự động ABI 3130

4. Ý đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được phê duyệt bởi Hội đồng Ý đức của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (mã số: 701/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 20 tháng 9 năm 2022) và được thực hiện theo Tuyên bố Helsinki. Bởi vì các nghiên cứu viên không liên hệ trực tiếp với bệnh nhân và tất cả thông tin của bệnh nhân được thu thập từ hồ sơ bệnh án, Hội đồng Ý đức đã miễn yêu cầu phải có sự đồng ý bằng văn bản của bệnh nhân.

5. Phân tích thống kê. Các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS Statistics 20. Phân tích đơn biến được thực hiện bằng các phép kiểm χ^2 và Fisher exact. Tỷ lệ tái phát u được kiểm định bằng hồi quy Cox. Giá trị $p < 0.05$ được xem như là có ý nghĩa về mặt thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 108 trường hợp HCC trong nghiên cứu của chúng tôi, từ đó chọn được 91 ca, gồm 74 ca (67,9%) là C-HCC, 17 ca (15,7%) là SH-HCC để tiếp tục phân tích sâu hơn.

1. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 10: Biểu hiện của các đặc điểm lâm sàng trong các phân nhóm mô bệnh học của HCC

	SH-HCC (n = 17)	C-HCC (n = 74)	HR (95% CI)		p
			SH – HCC	C – HCC	
Tuổi: ≥ 65	6 (35,29)	18 (24,32)	3,30 (0,99 – 11,04)	1	0,320
< 65	11 (64,71)	56 (75,68)	0,48 (0,11 – 2,05)	1	0,052
Giới tính: Male	12 (70,59)	62 (83,78)	0,98 (0,34 – 2,81)	1	0,970
Female	5 (29,41)	12 (16,22)	1,23 (0,22 – 6,72)	1	0,813
Hb (g/L): > 140	8 (47,06)	44 (60,27)	0,86 (0,20 – 3,77)	1	0,847
≤ 140	9 (52,94)	29 (39,73)	1,07 (0,35 – 3,33)	1	0,902
WBC (G/L): > 8,65	6 (35,29)	24 (32,88)	0,68 (0,15 – 2,98)	1	0,606
≤ 8,65	11 (64,71)	49 (67,12)	1,37 (0,45 – 4,16)	1	0,580
GGT (U/L): > 50	5 (50,00)	26 (65,00)	0,89 (0,11 – 7,08)	1	0,913
≤ 50	5 (50,00)	14 (35,00)	3,86 (0,77 – 19,34)	1	0,100
Điểm ALBI: 1	8 (47,06)	46 (63,01)	0,36 (0,05 – 2,72)	1	0,324
2	9 (52,94)	27 (36,99)	1,43 (0,50 – 4,08)	1	0,509
PT (giờ): ≥ 13	7 (41,18)	32 (43,24)	1,15 (0,32 – 4,14)	1	0,826
< 13	10 (58,82)	42 (56,76)	0,93 (0,27 – 3,16)	1	0,905
HBsAg: Dương tính	10 (71,43)	47 (72,31)	0,51 (0,12 – 2,20)	1	0,367
Âm tính	4 (28,57)	18 (27,69)	2,27 (0,45 – 11,43)	1	0,320
Anti-HCV: Dương tính	6 (35,29)	17 (26,56)	1,46 (0,38 – 5,55)	1	0,577
Âm tính	11 (64,71)	47 (73,44)	0,77 (0,23 – 2,63)	1	0,676
AST: > 90	1 (5,88)	15 (20,83)	2,96	1	0,995
≤ 90	16 (94,12)	57 (79,17)	1,19 (0,48 – 2,95)	1	0,706

ALT (U/L): > 60	3 (17,65)	17 (23,61)	1,94 (0,41 – 9,13)	1	0,403
≤ 60	14 (82,35)	55 (76,39)	0,89 (0,30 – 2,62)	1	0,834
AFP (ng/ml): > 200	2 (28,57)	9 (21,95)	1,17 (0,12 – 11,34)	1	0,894
≤ 200	5 (71,43)	32 (78,05)	2,17 (0,48 – 9,84)	1	0,316
Giai đoạn BCLC: 0 / A	11 (68,75)	48 (65,75)	0,66 (0,15 – 2,90)	1	0,582
B / C	5 (31,25)	25 (34,25)	1,73 (0,57 – 5,26)	1	0,332

ALBI Albumin – Bilirubin Grade, Hb Hemoglobin, WBC White Blood Cells, PLT: Platelets, GGT Gamma-Glutamyl Transpeptidase, PT Prothrombin Time, AST Aspartate Aminotransferase, ALT Alanine Transaminase, AFP Alpha Fetoprotein, BCLC Barcelona Clinic Liver Cancer.

Trong số các ca bệnh được đưa vào nghiên cứu, theo Bảng 1, chúng tôi không thấy sự khác

biệt về biểu hiện của các dấu ấn huyết thanh như AFP, AST, ALT giữa 2 phân nhóm HCC, khi cả 2 nhóm đều có các chỉ số AST, ALT và AFP thấp. Chúng tôi nhận thấy trong nhóm SH-HCC, tỷ lệ mắc HCV cao nhẹ hơn so với nhóm C-HCC, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

2. Đặc điểm mô bệnh học và đặc điểm phân tử

Bảng 11: Biểu hiện của các đặc điểm mô bệnh học và đặc điểm phân tử trong các phân nhóm mô bệnh học của HCC

	SH-HCC (n = 18)	C-HCC (n = 74)	HR (95% CI)		P
			SH – HCC	C – HCC	
Đặc điểm mô bệnh học của u					
Kích thước u: ≥ 5 cm	4 (23,53)	21 (28,38)	1,96 (0,54 – 7,13)	1	0,309
< 5 cm	13 (76,47)	53 (71,62)	0,73 (0,22 – 2,48)	1	0,615
Độ mô học theo E-S: I – II	9 (52,94)	30 (40,54)	0,80 (0,18 – 3,65)	1	0,773
III – IV	8 (47,06)	44 (59,46)	1,24 (0,42 – 3,66)	1	0,693
Hoại tử u: Có	4 (23,53)	23 (31,08)	0,44 (0,06 – 3,47)	1	0,439
Không	13 (76,47)	51 (68,92)	1,42 (0,53 – 3,82)	1	0,483
Xâm nhập mạch máu vi thể					
Có	4 (23,53)	28 (37,84)	3,64 (1,13 – 11,74)	1	0,03
Không	13 (76,47)	46 (62,16)	0,43 (0,10 – 1,88)	1	0,264
Phân bào: ≥ 5 / 10 QT lớn	4 (23,53)	28 (37,84)	1,57 (0,34 – 7,23)	1	0,564
< 5 / 10 QT lớn	13 (76,47)	46 (62,16)	0,85 (0,29 – 2,49)	1	0,762
CK19: Dương tính	2 (11,76)	17 (22,97)	1,26 (0,15 – 10,51)	1	0,831
Âm tính	15 (88,24)	57 (77,03)	0,96 (0,37 – 2,53)	1	0,938
Đột biến vùng promoter của TERT: Đột biến	8 (47,06)	31 (41,89)	1,16 (0,38 – 3,52)	1	0,789
Không đột biến	9 (52,94)	43 (58,11)	0,78 (0,18 – 3,44)	1	0,743
Đặc điểm mô bệnh học của mô gan lành					
Xơ hóa: Có	14 (82,35)	54 (72,97)	0,91 (0,34 – 2,40)	1	0,847
Không	3 (17,65)	20 (27,03)	1,83 (0,22 – 14,97)	1	0,575
Điểm HAI: ≥ 9	12 (70,59)	57 (77,03)	0,98 (0,34 – 2,84)	1	0,972
< 9	5 (29,41)	17 (22,97)	1,17 (0,24 – 5,82)	1	0,845
Gan thoái hóa mỡ: Không/nhẹ	13 (76,47)	65 (87,84)	0,91 (0,32 – 2,61)	1	0,857
Trung bình/nặng	4 (23,53)	9 (12,16)	1,25 (0,23 – 6,86)	1	0,796

HCC Hepatocellular Carcinoma, TERT Telomerase Reverse Transcriptase, CK Cytokeratin, HAI

Histology Activity Index, QT Quang trường

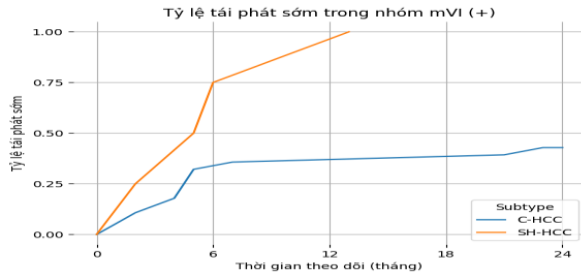
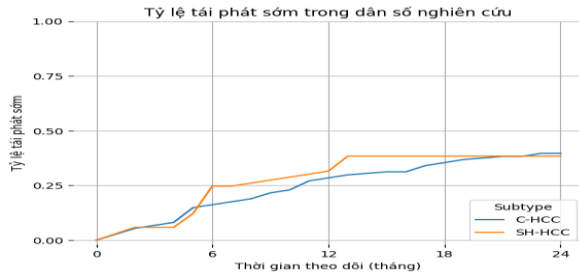
Chúng tôi đánh giá các đặc điểm mô bệnh học trên cả nhóm mô u và mô gan không u. Các đặc điểm mô bệnh học như độ mô học, tỷ lệ hoại tử u, số lượng phân bào và tỷ lệ xâm nhập mạch máu vi thể không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Các đặc điểm về viêm và xơ hóa gan cũng tương tự nhau giữa 2 nhóm. Ở đặc điểm thoái hóa mỡ, chúng tôi thấy đa số mô gan lành trong các ca bệnh ở cả 2 nhóm đều không có thoái hóa mỡ.

Chúng tôi tiến hành đánh giá biểu hiện của dấu ấn CK19 cũng như đánh giá tình trạng đột biến vùng promoter của TERT trên cả 2 nhóm u. Dấu ấn CK19 có tỷ lệ dương tính tương đương ở 2 nhóm. Tỷ lệ đột biến vùng promoter của TERT cũng tương đương nhau ở cả 2 nhóm, khoảng 50%.

3. Đặc điểm tiên lượng của SH-HCC. Tỷ lệ tái phát sớm là tương đương nhau ở cả 2 nhóm, xảy ra ở 35% các ca SH-HCC và 39% các ca C-HCC (HR = 1,01, KTC 95% = 0,42 – 2,44, p

= 0,978). Khi xem xét mối liên hệ giữa tỷ lệ tái phát sớm và các đặc điểm mô bệnh học có ý nghĩa tiên lượng, các trường hợp SH-HCC có tiên lượng xấu hơn đáng kể với tỷ lệ tái phát sớm cao hơn so với nhóm C-HCC ở nhóm bệnh nhân có xâm nhập mạch máu vi thể (HR = 3,64, KTC

95% = 1,13 – 11,74, p = 0,03). Nhóm bệnh nhân SH-HCC kèm xâm nhập mạch vi thể thì tỷ lệ tái phát sớm tăng nhanh, và chỉ trong vòng hơn 1 năm, tất cả bệnh nhân đã xuất hiện tái phát u, trong khi đó đa số tái phát u ở C-HCC chỉ xảy ra phần lớn trong 6 tháng đầu tiên.



Biểu đồ 5: Vai trò của các phân nhóm HCC và tỷ lệ tái phát sớm ở dân số nghiên cứu (Hình trái) và nhóm dân số có xâm nhập mạch vi thể (Hình phải)

Khi tiến hành phân tích 10 ca bệnh thuộc nhóm SH-HCC không đi kèm bệnh gan thoái hóa mỡ, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ hiện diện các đặc điểm mô bệnh học như độ mô học cao, hoại tử u, xâm nhập mạch máu, phân bào cao và xơ gan lần lượt là 60%, 40%, 20%, 30%, 70%, tương đương với nhóm SH-HCC chung. Tỷ lệ biểu hiện CK19 ở nhóm này là 10%, cũng tương tự với nhóm SH-HCC chung. Tỷ lệ tái phát sớm trong nhóm này là 44%.

IV. BÀN LUẬN

SH-HCC là một phân nhóm mới được xác định của HCC và mang các đặc điểm mô bệnh học như thoái hóa mỡ trong tế bào u, thể Mallory – Denk, viêm, hay thoái hóa bóng bay. Đặc điểm phân tử của chúng là IL-6/JAK/STAT mà không có sự thay đổi ở con đường CTNNB1, TERT hay TP53 [3]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho tỷ lệ SH-HCC tương đồng với các nghiên cứu khác, khi tỷ lệ SH-HCC vào khoảng 6.6% – 19% [3], trong khi nghiên cứu của Shibahara J. cho thấy tỷ lệ SH-HCC lên đến 36% [7]. Sự khác biệt này là do các nghiên cứu sử dụng các tiêu chuẩn về tỷ lệ phần trăm diện tích u dạng viêm gan thoái hóa mỡ khác nhau khi phân loại các phân nhóm HCC, khi Salomao (2014) chọn giá trị ngưỡng là 50%, Shibahara (2014) chọn giá trị ngưỡng là 5%, còn nghiên cứu của Sweed D (2022) và Shin SH (2023) thì không nêu rõ giá trị ngưỡng của tỷ lệ thành phần viêm gan thoái hóa mỡ trong u [10].

Về đặc điểm mô bệnh học của SH-HCC, có các nghiên cứu của Salomao M và Chan AW cho thấy không có khác biệt đáng kể tỷ lệ các đặc điểm như độ biệt hóa u, xâm nhập đường mật hay xâm nhập mạch so với C-HCC [2, 4]. Nghiên

cứ của Calderaro J cho thấy tỷ lệ xâm nhập mạch vi thể của nhóm SH-HCC thấp hơn đáng kể so với nhóm C-HCC (p = 0,04), nghiên cứu của Shin SH cho thấy tỷ lệ xâm nhập mạch vi thể trong nhóm SH-HCC chỉ có 7,7% so với 24,2% của C-HCC [1]. Nghiên cứu của Salomao M, ngược lại, cho thấy nhóm SH-HCC không có sự khác biệt về kích thước u hay độ biệt hóa u với nhóm C-HCC, tỷ lệ xâm nhập mạch máu của nhóm SH-HCC cao hơn so với C-HCC nhưng sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê (36,4% so với 27,5%, p > 0,05), còn nghiên cứu của Chan AW cho thấy nhóm SH-HCC có tỷ lệ xâm nhập mạch là 32,4%, cao hơn đáng kể so với nhóm C-HCC là 29,8% (p = 0,013) [5]. Nghiên cứu trước đây cho thấy SH-HCC thường đi kèm thoái hóa mỡ ở mô gan nền, vì thế, có nhận định cho rằng liệu SH-HCC có phải là một phân nhóm thực sự hay không, vì không thể xác định liệu hình thái học đặc trưng của SH-HCC là do các thay đổi di truyền của khối u hay chỉ là hậu quả của cùng một bệnh lý hệ thống [5, 6]. Mặc dù thấm nhập tế bào viêm và xơ hóa trong u là đặc điểm mô bệnh học thường gặp trong SH-HCC, các nghiên cứu cho thấy không có nhiều khác biệt về các đặc điểm viêm, hoại tử tế bào gan hay xơ hóa ở mô gan nền giữa SH-HCC và C-HCC, thậm chí có nghiên cứu cho thấy tỷ lệ xơ gan ở nhóm SH-HCC thấp hơn so với C-HCC [2, 9].

Bệnh nhân với các phân nhóm HCC khác nhau có tiên lượng khác nhau. SH-HCC cùng với các nhóm HCC loại kỳ màu hay carcinôm phiên sợi thuộc về nhóm có tiên lượng tốt, trong khi các nhóm HCC dạng bè lớn hay HCC loại giàu bạch cầu đa nhân có tiên lượng kém [3]. Các nghiên cứu cho thấy sự chưa thống nhất về tiên

lượng của SH-HCC. Nhiều nghiên cứu cho thấy SH-HCC không có sự khác biệt về thời gian sống còn hay thời gian sống không bệnh, so với nhóm C-HCC. Nghiên cứu của Shibahara J cho thấy không có sự khác biệt về thời gian sống không bệnh (HR = 0,864, KTC 95% = 0,609 – 1,226, p = 0,414) hay sống còn toàn bộ (HR = 0,786, KTC 95% = 0,391 – 1,578, p = 0,498) [2, 4, 7]. Nghiên cứu của Sweed D cho thấy giữa các phân nhóm HCC, SH-HCC là nhóm có thời gian sống còn tốt nhất [9]. Mặt khác, Chan AW cho thấy nhóm SH-HCC có tỷ lệ tái phát muộn cao hơn so với nhóm C-HCC (HR = 2,118, KTC 95% = 1,303 – 3,441, p = 0,002) [2]. Vì SH-HCC có các đặc điểm mô bệnh học riêng biệt ở cả mô gan không u so với các phân nhóm khác [2, 5], chúng tôi cho rằng tình trạng mô gan không u có thể ảnh hưởng đến sự khác biệt về tiên lượng bệnh ở các nghiên cứu khác nhau.

V. KẾT LUẬN

SH-HCC là loại phân nhóm thường gặp thứ 2 trong tất cả trường hợp HCC với tỷ lệ 15,7% trong tổng số tất cả các trường hợp HCC. Chúng tôi không thấy sự khác biệt trong nguy cơ tái phát sớm giữa phân nhóm SH-HCC và C-HCC. Tuy nhiên, yếu tố xâm nhập mạch máu làm tăng đáng kể tỷ lệ tái phát sớm trong các trường hợp SH-HCC so với C-HCC.

LỜI CẢM ƠN. Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo hợp đồng số 138/2022/HĐ-ĐHYD, ngày 15 tháng 9 năm 2022.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Calderaro J., Couchy G., et al. (2017).** "Histological subtypes of hepatocellular carcinoma are related to gene mutations and molecular tumour classification". *J Hepatol.* 67 (4), pp. 727-738.
2. **Chan A. W., Yu S., et al. (2016).** "Steatotic hepatocellular carcinoma: a variant associated with metabolic factors and late tumour relapse". *Histopathology.* 69 (6), pp. 971-984.
3. **Lokuhetty Dilani, White Valerie A., et al. (2019).** "Digestive system tumours". International Agency for Research on Cancer Lyon Lyon, pp. xi, 635 pages : color illustrations ; 27 cm.
4. **Salomao M., Remotti H., et al. (2012).** "The steatohepatitic variant of hepatocellular carcinoma and its association with underlying steatohepatitis". *Hum Pathol.* 43 (5), pp. 737-46.
5. **Salomao M., Yu W. M., et al. (2010).** "Steatohepatitic hepatocellular carcinoma (SH-HCC): a distinctive histological variant of HCC in hepatitis C virus-related cirrhosis with associated NAFLD /NASH". *Am J Surg Pathol.* 34 (11), pp. 1630-6.
6. **Shin S. H., Park J. Y., et al. (2023).** "Histological subtypes of hepatocellular carcinoma: Their clinical and prognostic significance". *Ann Diagn Pathol.* 64, pp. 152134.
7. **Shibahara Junji, Ando Sumiyo, et al. (2014).** "Hepatocellular carcinoma with steatohepatitic features: a clinicopathological study of Japanese patients". *Histopathology.* 64 (7), pp. 951-962.
8. **Sun Li-Yang, Wang Nan-Ya, et al. (2023).** "Comparison between models for detecting hepatocellular carcinoma in patients with chronic liver diseases of various etiologies: ASAP score versus GALAD score". *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International.* pp.
9. **Sweed Dina, Sweed Enas, et al. (2022).** "The clinicopathological and prognostic factors of hepatocellular carcinoma: a 10-year tertiary center experience in Egypt". *World Journal of Surgical Oncology.* 20 (1), pp. 298.
10. **Torbenson Michael S. and Yeh Mathew M. %J Hepatoma Research (2021).** "Steatohepatitic hepatocellular carcinoma". 7, pp.

THỰC TRẠNG CẤP CỨU BỆNH NHÂN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIẾP NHẬN, PHÂN LOẠI VÀ XỬ TRÍ CẤP CỨU TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ BÌNH MINH NĂM 2023

Lê Minh Tâm¹, Dương Phúc Lam²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cấp cứu thường được dùng để chỉ các tình trạng bệnh lý nội, ngoại khoa cần được đánh

giá và điều trị ngay. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ bệnh nhân được cấp cứu đúng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu theo quy trình kỹ thuật tại Trung tâm Y tế thị xã Bình Minh năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp cắt ngang mô tả có phân tích trên cỡ mẫu là 242 bệnh nhân tại Trung tâm Y tế thị xã Bình Minh. **Kết quả:** Tỷ lệ cấp cứu bệnh nhân đúng theo quy trình kỹ thuật chiếm 53,3%. Các yếu tố liên quan đến tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu theo quy trình kỹ thuật gồm nơi sơ cứu ban đầu; sự phối hợp giữa bệnh nhân và nhân viên y tế; nhân viên y tế được tập huấn quy trình tiếp nhận và

¹Trung tâm Y tế thị xã Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long.

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Tâm

Email: leminhtamtgdd2021@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 18.9.2024