

(54,8%).

- 51,6% bệnh nhân có tổn thương 2 nhánh mạch và có tới 22,6% bệnh nhân có tổn thương 3 nhánh mạch.

- Có 26/62 bệnh nhân có biến cố tim mạch như tử vong (3,8%), sốc tim (7,6%), rối loạn nhịp tim (19,4%), trong đó biến chứng suy tim gặp tỷ lệ cao nhất với 69,2%.

- Nồng độ NT-proBNP và thang điểm GRACE có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh nhân có biến cố và không có biến cố (với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,001$).

- Nồng độ NT-proBNP $\geq 3855,0$ pmol/L phối hợp với điểm GRACE $\geq 143,5$ điểm có ý nghĩa tiên lượng biến cố tim mạch cao tại thời điểm bệnh nhân nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Tim mạch học Việt Nam (2020)**, Cập nhật khuyến cáo 2020 của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và xử trí Hội chứng mạch vành cấp.
2. **Damman P (2015)**, ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Comments from the Dutch ACS working group, Vol. 25.

3. **Amsterdam E.A (2014)**, AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, J Am Coll Cardiol, 64(24): p.139-228.
4. **Marco Roffi, Carlo Patrono, Jean Philippe, et al (2020)**, ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes. European Heart Journal, ESC Guidelines.
5. **Nguyễn Lâm Việt (2015)**, Nhồi máu cơ tim cấp-hội chứng mạch vành cấp không có đoạn ST chênh lên, Thực hành Bệnh Tim Mạch, Nhà xuất bản Y học: p. 20-34, 51-56.
6. **Anderson J.L, Adams C.D, Antman E.M (2017)**, ACC/AHA 2017 Guidelines for the management of patients with myocardial infarction. J Am Coll Cardiol, 50(7): p. 2549-2569.
7. **Hội Tim mạch Việt Nam (2010)**, Nghiên cứu nồng độ NT-proBNP của bệnh nhân suy tim mạn tính, Cardionet.vn.
8. **Giao Thị Thoa (2018)**, Nghiên cứu nồng độ H-FABP trong chẩn đoán và tiên lượng nhồi máu cơ tim cấp. Luận án Tiến sĩ y học, p. 68-93.
9. **David A. Morrow and Christopher P. Cannon (2015)**, National Academy of Clinical Biochemistry Laboratory Medicine Practice Guidelines: Clinical Characteristic and Utilization of Biochemical Markers in Acute Coronary Syndromes. Circulation, 115: p. 356-375.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DI CĂN HẠCH CỦA UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN T1-T2 SAU PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN

Phạm Văn Bình¹, Trần Đình Tân¹, Nguyễn Tiến Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả tình trạng di căn hạch trên giải phẫu bệnh sau phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày giai đoạn pT1-T2 và 1 số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật triệt căn có kết quả mô bệnh học sau mổ xác định pT1, pT2 tại bệnh viện K từ tháng 1/2020 - 5/2021. **Kết quả:** Có 97 bệnh nhân ung thư dạ dày sớm bao gồm 71 nam và 26 nữ, tuổi dao động 30 - 81 tuổi (tuổi trung bình $59,9 \pm 9,65$). Di căn hạch phát hiện 25 (25,78%), có 63 bệnh nhân ung thư dạ dày mức xâm lấn T1 với tỷ lệ di căn 10/63 (15,87%) và 34 bệnh nhân ung thư dạ dày mức xâm lấn T2 với tỷ lệ di căn hạch 15/34 (44,12%). Yếu tố mức độ xâm lấn và xâm lấn bạch mạch là yếu tố tiên lượng độc lập với tỷ lệ di căn hạch trong ung thư dạ dày p T1-T2. **Kết luận:** Tỷ lệ di căn hạch trong ung

thư dạ dày mức độ xâm lấn T1- T2 chiếm 25,78%. Yếu tố mức độ xâm lấn và xâm lấn bạch mạch là yếu tố tiên lượng độc lập với tỷ lệ di căn hạch trong ung thư dạ dày p T1-T2.

Từ khóa: ung thư dạ dày sớm, di căn hạch, các yếu tố rủi ro, Bệnh viện K.

SUMMARY

ASSESSMENT OF LYMPHO NODE METASTASIS IN EARLY GASTRIC CANCER AFTER RADICAL SURGERY

Aims: Description of lymph node metastasis on histopathological after radical surgery for T1-T2 gastric cancer and some related factors. **Patient and Methods:** This is a retrospective and perspective description study of patients who had gastric cancer and underwent surgical management with histopathological results determined pT1, pT2 in National Cancer Hospital from January, 2020 to May, 2021. **Results:** A total of 97 patients with pT1-2 gastric cancer were enrolled. Of these patients, 71 were men, and 26 were women, ranging in age from 30 to 81 years (mean $59,9 \pm 9,65$ years). Lympho node metastasis was detected in 25(25,78%) patients with pT1-T2 gastric cancer. Among 63 patients with pT1 gastric cancer, 10/63 (15,87%) patients had

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 7.12.2021

Ngày phản biên khoa học: 24.01.2022

Ngày duyệt bài: 10.2.2022

lympho node metastasis. In 34 patients with pT2 gastric cancer, the incidence of lympho node metastasis was 15/34 (44,12 %). The depth of invasion and lymphovascular invasion were a independent risk factor for lympho node metastasis in pT1-T2 gastric cancer. **Conclusion:** The rate of lympho node metastasis in pT1- T2 gastric cancer is quite high, 25,78%. The depth of invasion and lymphovascular invasion were a independent risk factor for lympho node metastasis in pT1-T2 gastric cancer.

Keywords: p T1-T2 gastric cancer, lympho node metastasis, risk factors, National cancer hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những khối u ác tính phổ biến nhất của đường tiêu hóa, hay gặp đứng hàng thứ tư và là nguyên nhân hàng thứ ba gây tử vong liên quan đến ung thư. Trên toàn thế giới năm 2020 với số ca mắc mới 1.089103 và tử vong 768.793 cao hơn đáng kể so với ung thư khác như ung thư gan, ung thư trực tràng [1]. Theo Globocan 2020, tại Việt Nam có thêm 17.906 ca mắc mới và 14.615 người tử vong vì căn bệnh này. Ung thư dạ dày đứng thứ 4 trong các bệnh ung thư thường gặp [1].

Ung thư dạ dày chia 2 loại ung thư dạ dày tiến triển và ung thư dạ dày sớm. Ung thư dạ dày sớm hay còn gọi là ung thư dạ dày giai đoạn đầu (Early gastric cancer) được định nghĩa các tổn thương ung thư phát triển tại lớp niêm mạc và dưới niêm mạc chưa xâm lấn lớp cơ, có thể có hoặc không có di căn hạch, có tiên lượng tốt hơn ung thư dạ dày tiến triển [2]. Những nghiên cứu trước đây báo cáo tỷ lệ sống sót sau 5 năm lần lượt là 87,3% ở bệnh nhân ung thư dạ dày sớm có di căn hạch và 94,2 % ung thư dạ dày sớm không di căn hạch [3]. Tình trạng di căn hạch bạch huyết có ảnh hưởng quan trọng đến tiên lượng, cũng như điều trị hỗ trợ cho bệnh nhân sau mổ. Theo một vài nghiên cứu của tác giả nước ngoài tỷ lệ di căn hạch trong ung thư dạ dày mức độ xâm lấn T1 dao động từ 14,1 % đến 19,7 % [4],[5],[6], mức độ xâm lấn T2 tỷ lệ di căn hạch trong ung thư dạ dày 45,9 % [7]. Ngoài ra, họ còn nghiên cứu một cách có hệ thống các yếu tố nguy cơ đối với di căn hạch trong ung thư dạ dày và ghi nhận mức độ xâm lấn của u, loại mô học, kích thước khối u và sự xâm lấn mạch bạch huyết có liên quan chặt chẽ

Bảng 3.3: Phân tích các yếu tố liên quan tình trạng di căn hạch.

| Yếu tố nguy cơ | | Di căn hạch | | OR/95%CI, p |
|----------------|--------|-------------|-------------|---------------------|
| | | Có(n= 25) | Không(n=72) | |
| Giới | Nam | 16(22,54%) | 55(77,46%) | 0,549/0,206-1,465 |
| | Nữ | 9(34,62%) | 17(65,38%) | |
| Kích thước | ≤ 2cm | 12(25 %) | 36(75 %) | 0,849/ 0,371- 1,942 |
| | > 2 cm | 13(26,53%) | 36(73,47%) | |

với di căn hạch [4], [6]. Ở Việt nam các yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch trong ung thư dạ dày chưa được nghiên cứu nhiều, đặc biệt giai đoạn sớm. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nhằm đánh giá tình trạng di căn hạch của ung thư dạ dày giai đoạn sớm sau phẫu thuật triệt căn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng** gồm 97 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật triệt căn có kết quả mô bệnh học sau mổ xác định pT1, pT2 từ tháng 1/2020 đến tháng 5/2021 tại bệnh viện K.

- **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** Thuận tiện.

- **Xử lý số liệu bằng** phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới và nhóm tuổi

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới và các nhóm tuổi

| | | Tổng số (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|--------------|-------------|-----------|
| Giới | Nam | 71 | 73,2 |
| | Nữ | 26 | 36,8 |
| Nhóm tuổi | < 40 tuổi | 2 | 2.1% |
| | 40 – 49 tuổi | 13 | 13.4% |
| | 50 – 59 tuổi | 36 | 37.1% |
| | ≥ 60 tuổi | 46 | 47.4% |
| Tuổi trung bình | 59,9± 9,65 | 97 | 100% |

Nhận xét: tuổi trung bình 59,9 ± 9,65 tuổi, nhóm tuổi hay nhất 50- 59 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ.

3.2. Tình trạng di căn hạch trên giải phẫu bệnh và một số yếu tố liên quan

3.2.1. Tình trạng di căn hạch

Bảng 3.2: Tình trạng di căn hạch

| Di căn hạch | Tổng | p T1 | p T2 |
|-------------|------------|-------------|-------------|
| Có | 25(26,8%) | 10(15,87%) | 15(44,12%) |
| không | 72 (73,2%) | 53 (84,13%) | 19 (55,88%) |
| Tổng | 97 (100%) | 63 (100%) | 34 (100%) |

Nhận xét: Di căn hạch trong nhóm p T2 chiếm tỷ lệ cao hơn: 44,12%.

3.2.2. Một số yếu tố liên quan

3.2.2.1. Phân tích đơn biến

| | | | | |
|---------------------|--------------|--------------|-------------|----------------------------------|
| p T | pT1 | 10(15,87 %) | 53 (84,13%) | 4,184/1,608-10,890, P=0,016<0,05 |
| | pT2 | 15 (44,12 %) | 19 (55,88%) | |
| Độ mô học | | | | |
| Biệt hóa | | 19(24,05%) | 58(75,95 %) | |
| Tế bào nhân | | 6(33,33 %) | 12(66,67 %) | 1,578/ 0,523-4,778 |
| Xâm lấn mạch | Có | 11(78,57%) | 3(21,42 %) | 18,071/4,457-73,279, p<0,05 |
| | không | 14(16,87 %) | 69(83,13%) | |

Nhận xét: yếu tố xâm lấn u và xâm lấn hạch bạch mạch liên quan đến tình trạng di căn hạch.

3.2.2.2. Phân tích đa biến

Hai yếu tố nguy cơ (phân tích đơn biến) được chọn vào phân tích hồi quy đa biến

Bảng 3.4: Phân tích đa biến liên quan tình trạng di căn hạch

| | Gía trị p | OR | 95% CI |
|---------------------|------------------|-----------|---------------|
| p T2 | 0,029 | 6,586 | 1,207-35,937 |
| Xâm lấn mạch | 0,001 | 0,055 | 0,012-0,245 |

Nhận xét: yếu tố xâm lấn u và xâm lấn bạch mạch là yếu tố tiên lượng độc lập với di căn hạch.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 97 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn T1- T2 tại khoa ngoại bụng 1 Bệnh Viện K cho kết quả tuổi trẻ nhất 30 tuổi, lớn tuổi nhất 81 tuổi, độ tuổi trung bình 59,9 + 9,65. Trong đó 2 nhóm tuổi hay gặp nhất trên 60 tuổi và 50-59 tuổi với tỷ lệ tương ứng 47,4%, 37,1% (bảng 3.1). Kết quả này tương đối phù hợp với các tác giả nước ngoài như Xuanli và cộng sự tuổi trung bình 59,6 tuổi , nhóm hay mắc trên 60 tuổi chiếm 49,1% [7], tác giả Chen và cộng sự tuổi trung bình 56,9 tuổi [4]. Qua đó ta cũng nhận thấy tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh ung thư dạ dày càng tăng.Theo nghiên cứu trước, tỷ lệ ung thư dạ dày hiếm gặp ở bệnh nhân dưới 40 tuổi, như Xuanli và cộng sự nghiên cứu trên 1004 bệnh nhân ung thư dạ dày sớm tỉ lệ tuổi trẻ dưới 40 tuổi thấp chiếm 5,7% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân trẻ tuổi dưới 40 có 2 trường hợp chiếm 2.1% (bảng 3.1), điều này cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ít gặp tỷ lệ ung thư dạ dày ở người trẻ.

Về giới, tỷ lệ mắc ung thư dạ dày ở nam và nữ có sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê, một số tác giả nước ngoài đều ghi nhận tỉ lệ nam mắc nhiều hơn nữ như Xuanli và cộng sự 1,16/1 [7], Chen và cộng sự 1,83/1 [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy kết quả tương tự nam mắc cao hơn nữ với tỷ lệ 2.73 /1 (bảng 3.1).

Đối với ung thư dạ dày sớm đánh giá tình trạng di căn hạch không những có ý nghĩa trong lựa chọn điều trị đúng phương pháp mà còn tiên

lượng khả năng sống còn. Nghiên cứu trước đây báo cáo tỉ lệ sống sót sau 5 năm lần lượt là 87,3% ở bệnh nhân ung thư dạ dày sớm có di căn hạch và 94,2% ung thư dạ dày sớm không di căn hạch [4]. Theo nghiên cứu Rimantas Bausys tỉ lệ di căn hạch trong ung thư dạ dày T1-T2 chiếm 38,29% [8]. Tỉ lệ di căn hạch trong ung thư dạ dày trong nghiên cứu của chúng tôi có 25/97 trường hợp (chiếm 25,78%) thấp hơn Rinman Bausy [8]. Khi xét trong từng mức độ xâm lấn nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ di căn hạch ở nhóm xâm lấn mức T2 chiếm 44,12% cao hơn nhóm mức độ xâm lấn T1 chỉ 15,87%.

Các yếu tố nguy cơ đối với di căn hạch trong ung thư dạ dày sớm ở các nghiên cứu khác nhau cũng khác nhau. Đa số các nghiên cứu đều cho rằng các yếu tố kích thước u, độ xâm lấn, và xâm lấn bạch huyết liên quan với di căn hạch trong ung thư dạ dày sớm, Theo Jinggui Chen nghiên cứu trên 1033 bệnh nhân ung thư dạ dày sớm cho thấy giới tính nữ, kích thước u, không biệt hóa, xâm nhập bạch huyết là yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch [4], khi đó tác giả Rimantas Bausys nghiên cứu 218 bệnh nhân ung thư sớm chỉ ghi nhận mức độ xâm lấn u, xâm nhập bạch huyết và độ mô học là yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch [5]. Có tác giả nhấn mạnh xâm lấn mạch là yếu tố quan trọng nhất [4], trong khi tác giả khác lại nhấn mạnh mức độ xâm lấn là yếu tố quan trọng [5] . Trong các yếu tố: tuổi, giới, kích thước u, độ xâm lấn và xâm lấn mạch, độ biệt hóa khi phân tích đơn biến trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chỉ có 2 yếu tố mức độ xâm lấn và xâm lấn mạch bạch huyết có mối liên quan đến tình trạng di căn hạch có ý nghĩa thống kê tương ứng với p < 0,05 với khả năng di căn hạch ở nhóm ung thư dạ dày mức độ xâm lấn T2 cao gấp 4,184 lần so với khả năng di căn hạch của nhóm xâm lấn T1 (bảng 3.3) và khả năng di căn của nhóm xâm lấn bạch mạch cao gấp 18,071 lần so với khả năng di căn hạch của nhóm không có xâm lấn mạch (bảng 3.3).

Khi phân tích đa biến chỉ có yếu tố mức độ xâm lấn và có xâm lấn bạch mạch là yếu tố tiên

lượng độc lập đến tỷ lệ di căn hạch trong ung thư dạ dày giai đoạn p T1-T2.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 97 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn p T1-T2 bao gồm 71 nam và 26 nữ, tuổi trung bình 59,9 (30 - 81). Di căn hạch phát hiện 25 (25,87%), có 63 bệnh nhân ung thư dạ dày mức T1 với tỷ lệ di căn 15,87% (10/63) và 34 bệnh nhân ung thư dạ dày xâm lấn mức T2 với tỷ lệ di căn hạch 44,12% (15/34). Yếu tố mức độ xâm lấn và xâm lấn bạch là những yếu tố tiên lượng độc lập với tỷ lệ di căn hạch trong ung thư dạ dày giai đoạn pT1- T2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hyuna Sung¹, Jacques Ferlay², Rebecca L Siegel, et al, Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin ; 71(3):209-249.
2. Chen, J., Zhao, G. & Wang, et al (2020). Analysis of lymph node metastasis in early gastric cancer: a single institutional experience from China. World J Surg Onc 18, 57.
3. Kajitani T, et al (1981). The general rules for the gastric cancer study in surgery and pathology. Part I. Clinical classification. Jpn J Surg.11:127-39.
4. Noh SH, Hyung WJ, Cheong JH (2005). Minimally invasive treatment for gastric cancer: approaches and selection process. J Surg Oncol. 90:188-93.
5. Rimantas Bausys,^{1,2} Augustinas Bausys,^{1,2} Indre Vysniauskaite, et al (2017). Risk factors for lymph node metastasis in early gastric cancer patients: Report from Eastern Europe country- Lithuania. BMC Surg: 17: 108.
6. Wang Z¹, Ma L, Zhang XM, Zhou ZX, et al (2014). Risk of lymph node metastases from early gastric cancer in relation to depth of invasion: experience in a single institution. Asian Pac J Cancer Prev.15(13):5371-5.
7. Xuan Li,^{1,2} Shiyu Liu,³ et al (2018). The Characteristics, Prognosis, and Risk Factors of Lymph Node Metastasis in Early Gastric Cancer. Gastroenterol Res Pract. 2018: 6945743.
8. Rimantas Bausys,^{1,2} Augustinas Bausys,^{1,2} Indre Vysniauskaite, et al (2018). Surgical treatment outcomes of patients with T1-T2 gastric cancer: does the age matter when excellent treatment results are expected? World Journal of Surgical Oncology16:79.

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI VÀ TƯƠNG QUAN NỒNG ĐỘ CÁC DẤU ẤN PIVKA II, AFP-L3 VÀ AFP TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ GAN CÓ HBsAg(+)

Nguyễn Kim Thu^{1,2}, Nguyễn Viết Nam²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: nghiên cứu sự thay đổi và tương quan nồng độ các dấu ấn PIVKA-II, AFP-L3 và AFP trên bệnh nhân ung thư gan có HBsAg(+). **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 86 bệnh nhân ung thư gan, có HbsAg (+) và được điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương trong thời gian từ 1/2018 đến tháng 7/2020. **Kết quả:** - Trong số 86 bệnh nhân HCC có HBsAg(+) chỉ có 50% bệnh nhân có AFP >200 ng/ml. Tỷ lệ bệnh nhân có giá trị AFP-L3 và PIVKA-II tăng cao trên giới hạn bình thường chiếm chủ yếu (60,7% và 87,8%). Số bệnh nhân có nồng độ PIVKA-II trong khoảng 40-10000 mAU/ml chiếm tỷ lệ cao nhất 59,3%. Trường hợp nồng độ PIVKA-II > 100000 mAU/ml chiếm 3,5%. - Giá trị AFP-L3 và PIVKA-II tăng cao trên giới hạn bình thường trong nhóm bệnh nhân ung thư có khối u < 2cm chiếm tỷ lệ lần lượt là 78,9% 63,2%; trong nhóm có kích thước u từ 2 đến 5 cm là 66,7% và 93,8% và trong nhóm có

kích thước u > 5cm là 84,2% và 94,7%. Trong nhóm bệnh nhân HCC có huyết khối, AFP-L3 và PIVKA-II chủ yếu ở trên ngưỡng bình thường lần lượt là 81,1% và 97%. - Trong nhóm bệnh nhân HCC tỷ lệ AFP-L3 và nồng độ AFP có mối tương quan mức độ trung bình với $r=0,38$, $p<0,05$, tương quan Spearman. Không có sự tương quan giữa nồng độ PIVKA-II với tỷ lệ AFP-L3 và với nồng độ AFP ở bệnh nhân ung thư gan, tương quan Spearman. **Kết luận:** Việc kết hợp xét nghiệm cả 3 dấu ấn AFP-L3, PIVKA-II và AFP giúp chẩn đoán và theo dõi tiến triển khối u trên bệnh nhân ung thư tế bào gan có HBsAg(+).

SUMMARY

STUDY THE CHANGE AND THE CORRELATION BETWEEN MARKERS PIVKA-II, AFP-L3 AND AFP IN HCC PATIENTS HAVING HBsAg (+)

Study objective: to study the change and the correlation between markers PIVKA-II, AFP-L3 and AFP in HCC patients having HbsAg(+). **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 86 patients with hepatocarcinoma who had HbsAg (+) and were treated at the National Hospital for Tropical Diseases from 1/2018 to July 2020. **Results:** Among 86 HCC patients with HBsAg(+), only 50% had AFP >200ng/ml. The percentage of patients with AFP-L3 and PIVKA-II

¹Trường đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Thu

Email: nguyengkimthu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2022

Ngày duyệt bài: 10.2.2022