

3. **Rahim AIA, Ibrahim MI, Musa KI, Chua SL, Yaacob NM.** Patient Satisfaction and Hospital Quality of Care Evaluation in Malaysia Using SERVQUAL and Facebook. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2021;9(10).
4. **Yilmaz F.** Measuring Quality of Preventive Health and Safety Services. *Journal of Engineering, Project, Production Management*. 2022;12(2):101.
5. **Vũ Thị Hoàng Lan, Đặng Trần Đạt.** Cảm nhận của khách hàng về chất lượng dịch vụ tiêm nội nhãn điều trị một số bệnh mạch máu võng mạc tại bệnh viện Mắt Trung Ương năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;504(1).
6. **Trần Hà Diễm, Bùi Thị Tú Quyên.** Chất lượng dịch vụ Bệnh viện Phụ sản Mê Kông qua cảm nhận của khách hàng ngoại trú năm 2019. *Trường Đại học Y tế công cộng*. 2021;4(4):9-17.
7. **Phạm Thị Thủy.** Chất lượng dịch vụ khám sức khỏe định kỳ cho người lao động và một số yếu tố ảnh hưởng tại Trung tâm y tế Tân Cảng, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2020. *Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện: Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội*; 2020.
8. **Nguyễn Văn Thắm.** Chất lượng dịch vụ chăm sóc da tại khoa Khám, Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ và một số yếu tố ảnh hưởng năm 2018. *Luận văn thạc sĩ chuyên ngành Quản lý bệnh viện: Trường đại học Y tế công cộng Hà Nội*; 2018.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN NGUYÊN PHÁT TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Hoàng Văn Hưng¹, Ngô Quang Lập¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm ung thư gan nguyên phát (HCC) và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** trên CLVT thấy có một khối đơn độc chiếm 80%. U ở gan phải (82,9%). Khối u kích thước > 50mm chiếm 68,6%. Giảm tỉ trọng trước khi tiêm thuốc cản quang là 88,57%. Khối u ngấm thuốc thì động mạch chiếm 91,4%. Thải thuốc thì tĩnh mạch chiếm 88,57%. Ở thì muộn, khối u thải thuốc chiếm tỷ lệ cao là 91,4%. Huyết khối tĩnh mạch cửa (8,6%). Bệnh nhân có nồng độ AFP ≤ 20ng/ml là 28,6%. Nồng độ AFP từ 20-400 ng/ml chiếm 31,4%. Nồng độ AFP > 400ng/ml chiếm 40%. Giá trị trung bình của GOT và GPT lần lượt là 123,1±103,5U/L và 79,5±72,8U/L; giá trị trung vị GOT và GPT lần lượt là 102U/L và 51,1 U/L. Tỷ lệ bệnh nhân mắc virus viêm gan B là 51,4%, mắc virus viêm gan C chiếm 5,7%, bệnh nhân chỉ bị xơ gan chiếm 14,3% và có 10 bệnh nhân bị xơ gan và mắc HBV chiếm 28,6%.

SUMMARY

STUDY OF IMAGING CHARACTERISTICS OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA (HCC) ON CT SCAN AND SOME RELATED FACTORS

Objective: To describe the Imaging characteristics of Hepatocellular carcinoma (HCC) on CT scan and some related factors. **Methods:** Cross-sectional description. **Results:** on CT scan, there is a single mass accounting for 80%. Tumor in the right liver (82.9%). Tumor size > 50mm accounted for 68.6%. Hypodensity before contrast injection was 88.57%. The tumor was enhanced in the arterial phase accounted for 91.4%. Wash-out contrast in venous

phase accounted for 88.57%. In delay phase, the tumor wash - out accounted for a high rate of 91.4%. Portal vein thrombosis (8.6%). Patients with AFP level ≤ 20ng/ml was 28.6%. AFP level from 20-400 ng/ml accounted for 31.4%. AFP level > 400ng/ml accounted for 40%. The average values of GOT and GPT were 123.1±103.5U/L and 79.5±72.8U/L, respectively; The median values of GOT and GPT were 102U/L and 51.1 U/L, respectively. The proportion of patients with hepatitis B virus was 51.4%, with hepatitis C virus accounted for 5.7%, patients with only cirrhosis accounted for 14.3% and 10 patients with cirrhosis and HBV accounted for 28.6%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là một u ác tính phát sinh từ thành phần tế bào hoặc biểu mô gan, sớm gây tử vong [1]. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán HCC là sinh thiết. Chẩn đoán sớm bệnh ung thư gan dựa vào chẩn đoán hình ảnh. Tuy chụp cắt lớp vi tính không phải là phương pháp duy nhất chẩn đoán HCC song nó lại có những ưu điểm và hiệu quả nhất hiện nay. Thực hiện đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát trên cắt lớp vi tính và một số yếu tố liên quan*" với 2 mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm hình ảnh ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát trên phim chụp cắt lớp vi tính đã dày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.*
2. *Tìm hiểu một số yếu tố sinh hóa liên quan đến ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định HCC có chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang tại bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Quảng Ninh Từ tháng 2/2022 đến tháng

¹Trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Việt

Email: tranvanviet2011@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 15.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023

06/2022

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Tiến cứu, mô tả cắt ngang 35 bệnh nhân được chẩn đoán là HCC bằng chụp CLVT và có kết quả giải phẫu bệnh từ tháng 2/2022 đến tháng 6/2022 tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Quảng Ninh

2.3. Phương tiện nghiên cứu và kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính

- Hệ thống máy chụp CLVT GE 512 dãy.
- Hệ thống phần mềm lưu trữ hình ảnh.
- Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, hệ thống bệnh án điện tử.
- Phiếu thu thập số liệu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi và giới: Tỷ lệ mắc HCC ở nam giới cao hơn ở nữ. Tỷ lệ nam/nữ là 6/1. Tuổi trung bình là 63,4±14,3 . Độ tuổi mắc bệnh chiếm tỉ lệ cao là từ 51-70 chiếm 60%.

3.2. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của HCC trước và sau tiêm thuốc cản quang

3.2.1. Số lượng và kích thước khối u

Bảng 3.1. Số lượng khối u

Số lượng khối u	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Một u	28	80
Nhiều hơn một u	7	20
Tổng	35	100

Nhận xét: Trong tổng số 35 bệnh nhân, 28 bệnh nhân có một khối đơn độc trên hình ảnh CLVT chiếm 80% và 7 bệnh nhân có hai khối u chiếm 20%

Bảng 3.2. Vị trí tổn thương HCC trên CLVT

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thùy gan phải	29	82,9
Thùy gan trái	4	11,4
Cả hai thùy	2	5,7
Tổng	35	100

Nhận xét : Tổng số 35 bệnh nhân phần lớn có khối u nằm ở vị trí gan phải (82,9%), vị trí gan trái chiếm tỉ lệ thấp 11,4% và vị trí cả hai thùy là 5,7%

Bảng 3.3. Kích thước tổn thương (đường kính khối lớn nhất)

Kích thước	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<20 mm	3	8,6
20-50mm	8	22,8
>50 mm	24	68,6
Tổng	35	100

Nhận xét: Tổng số 35 bệnh nhân có 35 khối u điển hình, trong đó khối u kích thước lớn hơn 50mm chiếm tỉ lệ cao nhất 68,6%, khối u kích thước nhỏ 20mm (8,6%) và khối u có kích thước trong khoảng từ 20mm đến 50mm (22,6%).

3.2.2. Đặc điểm tổn thương HCC trên CLVT đa dãy ở các thị chụp

Bảng 3.4. Đặc điểm khối u trước tiêm thuốc cản quang

Tỷ trọng khối u	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng	2	5,7
Giảm	30	85,7
Đồng nhất	3	8,6
Tổng	35	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, hầu hết các khối u giảm tỉ trọng trước khi tiêm thuốc cản quang (30 trên tổng số 35 khối u, chiếm 85,7%). Chỉ có 3 khối u có tỉ trọng đồng nhất với nhu mô (8,6%) và 2 khối u tăng tỉ trọng trên phim trước tiêm (5,7%)

Bảng 3.5. Đặc điểm ngấm thuốc thị động mạch

Đặc điểm ngấm thuốc	Thì động mạch	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ngấm	32	91,4
Không ngấm	3	8,6
Tổng	35	100

Nhận xét: Bệnh nhân có khối u ngấm thuốc thì động mạch chiếm 91,4% và 3 khối u không ngấm thuốc chiếm 8,6%

Bảng 3.6. Đặc điểm thải thuốc thị tĩnh mạch

Đặc điểm thải thuốc	Thì tĩnh mạch	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thải thuốc	31	88,57
Không thải thuốc	4	11,43
Tổng	35	100

Nhận xét: Ở thì tĩnh mạch, 31 bệnh nhân có khối u thải thuốc chiếm 88,57% và 4 bệnh nhân có khối u không thải thuốc chiếm 11,43%.

Bảng 3.7. Đặc điểm thải thuốc thì muộn

Đặc điểm thải thuốc	Thì muộn	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thải thuốc	32	91,4
Không thải thuốc	3	8,6
Tổng	35	100

Nhận xét: Ở thì muộn ,bệnh nhân có khối u thải thuốc chiếm tỷ lệ cao là 91,4% và 8,6% bệnh nhân có khối u không có thải thuốc.

3.2.3. Đặc điểm huyết khối tĩnh mạch cửa

Bảng 3.8. Huyết khối tĩnh mạch cửa

Huyết khối	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	3	8,6
Không	32	91,4
Tổng	35	100

Nhận xét: Trong 35 bệnh nhân thì có 3 bệnh nhân phát hiện huyết khối tĩnh mạch cửa trên hình ảnh CLVT (8,6%).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến ung thư biểu mô tế bào gan

Bảng 3.9. Nồng độ AFP huyết thanh

Nồng độ AFP (ng/ml)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤20	10	28,6
20-400	11	31,4
>400	14	40
Tổng	35	100

Bảng 3.10. Chỉ số GOT và GPT

Chỉ số men gan	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	X±SD	Trung vị
GOT (U/L)	18,9	536,4	123,1±103,5	102
GPT (U/L)	16,6	399,0	79,5±72,8	51,1

Nhận xét: Đối với men gan, giá trị trung bình của GOT và GPT lần lượt là 123,1±103,5U/L và 79,5±72,8U/L; giá trị trung vị GOT và GPT lần lượt là 102U/L và 51,1 U/L. Các giá trị này đều tăng so với ngưỡng giá trị bình thường do nghiên cứu có 6 trường hợp men gan tăng trên 5 lần giới hạn trên của giá trị bình thường và đặc biệt có 1 trường hợp men gan tăng cao >500U/L.

Bảng 3.11. Liên quan giữa kích thước khối u và nồng độ AFP

Kích thước (mm)	<20		20-50		>50		P<0,05 r=0,54
	Số lượng (n=3)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n=8)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n=24)	Tỷ lệ (%)	
<20	3	100	1	12,5	3	12,5	
20-400	0	0	6	75	7	29,2	
>400	0	0	1	12,5	14	58,3	
Tổng	3	100	8	100	24	100	

Nhận xét: Nồng độ AFP có mối tương quan với kích thước khối u với tương quan Spearman $r=0,54$ và $p=0,001$ ($p<0,05$)

Bảng 3.12. Đặc điểm yếu tố nguy cơ HCC

Yếu tố nguy cơ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
HBV	18	51,4
HCV	2	5,7
Xơ gan	5	14,3
Xơ gan và HBV	10	28,6
Xơ gan và HCV	0	0
HBV và HCV	0	0
Tổng	35	100

Nhận xét: Trong tổng số 35 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân chỉ mắc virus viêm gan B là 51,4%, chỉ có 2 bệnh nhân mắc virus viêm gan C chiếm 5,7%, không có trường hợp nào đồng nhiễm cả hai loại HBV và HCV, có 5 bệnh nhân chỉ bị xơ gan chiếm 14,3% và có 10 bệnh nhân bị xơ gan và mắc HBV chiếm 28,6%.

3.4. Tỉ lệ chẩn đoán HCC theo tiêu chuẩn

Bảng 3.13. Tỉ lệ chẩn đoán HCC theo tiêu chuẩn

Tiêu chuẩn chẩn đoán	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giải phẫu bệnh (+)	10	28,6
CLVT điển hình và AFP≥400ng/ml	14	40
CLVT điển hình, AFP≥20ng/ml nhưng	11	31,4

Nhận xét: Trong nghiên cứu, có 10 (28,6%) bệnh nhân có nồng độ AFP ≤ 20ng/ml. Số bệnh nhân có nồng độ AFP từ 20-400 ng/ml là 11 bệnh nhân chiếm 31,4%. Số bệnh nhân có nồng độ AFP >400ng/ml là 14 bệnh nhân chiếm 40%, trong đó có 1 bệnh nhân có chỉ nồng độ AFP 30000ng/ml

<400ng/ml và HBV/HCV (+)		
Tổng	35	100

Nhận xét: Trong tổng số 35 bệnh nhân có 10 trường hợp được chẩn đoán dựa vào kết quả giải phẫu bệnh (28,6%), 11 bệnh nhân được chẩn đoán dựa trên hình ảnh CLVT điển hình với AFP≥20ng/ml nhưng <400ng/ml và HBV/HCV (+) (31,4%). Có 14 bệnh nhân được chẩn đoán dựa trên hình ảnh CLVT điển hình và AFP ≥ 400ng/ml (40%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu:

Trong tổng số 35 bệnh nhân được nghiên cứu, chúng tôi thấy tỉ lệ nam chiếm 85,71%, nữ chiếm 14,29%, tỉ lệ nam/nữ là 6/1. Sự chiếm ưu thế của nam giới trong nghiên cứu này cũng tương tự với kết quả của các tác giả trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của Liu và cộng sự năm 2018 chỉ ra tỷ lệ nam nhiều hơn nữ 6.2 lần % [6]. Thái Doãn Kỳ (2015) tỉ lệ nam giới cao hơn nữ giới, chiếm 95,2% [9]. Tỷ lệ mắc bệnh ung thư biểu mô tế bào gan ở nam giới cao hơn ở nữ giới có thể lý giải là do nam giới thường sử dụng chất kích thích và thuốc lá gây ảnh hưởng đến chức năng gan.

Về tuổi, trong nghiên cứu này tuổi trung bình

của bệnh nhân là $63,4 \pm 14,3$, trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 32 tuổi, lớn nhất là 95 tuổi. Nhóm tuổi có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất trong nghiên cứu là từ 51-70 tuổi, chiếm tỉ lệ 60%. Theo nghiên cứu của Liu và cộng sự (2018 trung bình 51, độ tuổi cao nhất là 79, thấp nhất là 26[6].

4.2. Đặc điểm hình ảnh HCC trên cắt lớp vi tính

4.2.1. Số lượng, vị trí và kích thước khối u:

Qua 35 trường hợp trong nghiên cứu của tôi có 28 bệnh nhân (80%) có 1 khối u, 7 bệnh nhân (20%) có từ 2 khối u trở lên. Về vị trí của khối u, phần lớn các khối u nằm ở gan phải đơn thuần chiếm 82,9%, khối u nằm ở gan trái chiếm 11,4%. Về kích thước của khối u, trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ khối u có kích thước đường kính >50 mm và khoảng từ 20mm đến 50mm chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 68,6% và 22,8%, rất ít bệnh nhân có khối u có kích thước < 20 mm. Nghiên cứu của Ehman về HCC, tổn thương đo được ≥ 1 và < 2 cm là 34%, tổn thương đo ≥ 2 cm là 66%[5].

4.2.2. Tỉ trọng khối u trước tiêm thuốc cản quang:

Trước tiêm thuốc cản quang, khối u thường giảm tỉ trọng, có thể đồng nhất hoặc không đồng nhất, hoặc đồng tỉ trọng với nhu mô gan. Nếu có chảy máu hoặc vôi hóa sẽ thấy hình ảnh tăng tỉ trọng tự nhiên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 35 bệnh nhân tương ứng với 35 khối u, thì có 30 khối (83,7%) giảm tỉ trọng trên phim trước tiêm thuốc cản quang, có 3 khối u đồng tỉ trọng (8,6%) và 2 khối u tăng tỉ trọng (5,7%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Hồ Ngọc Linh và Nguyễn Nam Hùng (2013) đa số u gan có cấu trúc giảm tỉ trọng là 64,3%[7].

4.2.3. Đặc điểm ngấm thuốc của khối u thì động mạch: Trong nghiên cứu chúng tôi thấy đa số bệnh nhân có khối u ngấm thuốc ở thì động mạch là khá lớn chiếm 91,4%. Nghiên cứu của Phạm Trường Giang (2021) khối u ngấm thuốc ở thì động mạch chiếm 93,9%[10], Theo Catalano O và cộng sự các tổn thương HCC giai đoạn động mạch, 93% tổn thương tăng đậm độ (đồng nhất 80%, ngoại vi 10% và trung tâm 3%)%[2]. Nghiên cứu của tác giả Lee tỉ lệ này là tương đương 96%[6]. Tuy nhiên nếu chụp thì ĐM sớm, một số trường hợp HCC chưa ngấm thuốc và sẽ khó phát hiện, do đó thường khảo sát ở thì ĐM muộn (30s sau tiêm). Có 8,6% khối HCC không tăng sinh mạch và không ngấm thuốc cản quang thì động mạch. Những trường hợp này thường gặp ở những khối u nhỏ và thiếu mạch máu đến nuôi u là những khối u không

điển hình của HCC.

4.2.4. Đặc điểm thải thuốc của khối u thì tĩnh mạch và thì muộn/ Thải thuốc là một đặc trưng quan trọng của HCC giúp chúng ta phân biệt với những tổn thương giàu mạch. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết HCC thải thuốc đối quang từ thì tĩnh mạch (chiếm tỷ lệ 88,57%) và thì muộn (chiếm tỷ lệ 91,4%). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Phạm Trường Giang 81,6%[10]. Theo Ehman tỷ lệ thải thuốc thuốc không phải ngoại vi là 79% [5]. Tỷ lệ khối u không thải ở thì tĩnh mạch và thì muộn trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 11,43% và 8,6%, có thể là do khối u không ngấm ở thì động mạch thuốc dẫn đến khối u không có thuốc nên không thể có hiện tượng thải thuốc hoặc ngấm muộn ở thì động mạch kéo theo hiện tượng thải thuốc cũng sẽ chậm và muộn hơn. Qua đó, có thể rút ra nhận định hiện tượng "thải chất cản quang" trong hầu hết HCC phản ánh đặc tính huyết động của loại ung thư này giàu nguồn cấp máu từ các động mạch tân sinh, nhưng rất nghèo thành phần tĩnh mạch cửa, trái ngược với nhu mô bình thường, bên cạnh đó thời gian lưu chuyển qua u của chất cản quang trong động mạch tân sinh cũng rất ngắn, kết quả cho hình ảnh "thải chất cản quang".

Như vậy, hầu hết các nghiên cứu cho thấy sau khi tiêm thuốc cản quang các khối HCC ngấm thuốc rất nhanh, mạnh ở thì động mạch, thải thuốc nhanh thì tĩnh mạch cửa. Đặc điểm này rất có giá trị trong chẩn đoán HCC trong chẩn đoán hình ảnh.

4.2.5. Huyết khối tĩnh mạch cửa. Huyết khối tĩnh mạch cửa cũng là một yếu tố tiên lượng. Trong nghiên cứu, có 3 bệnh nhân (8,6%) có huyết khối tĩnh mạch cửa trên phim. Xâm lấn mạch máu nói chung là một dấu hiệu thể hiện giai đoạn muộn của HCC, thể hiện tình trạng lan rộng và phá hủy của tổ chức ung thư vào mạch máu lân cận. Hình thái xâm lấn mạch máu thể hiện thông qua hình ảnh huyết khối hoàn toàn hoặc một phần của thân hoặc nhánh tĩnh mạch cửa và CLVT có tiêm thuốc cản quang là công cụ hữu ích trong việc phát hiện ra chúng. Huyết khối tĩnh mạch cửa là một yếu tố tiên lượng xấu đến kết quả điều trị.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến ung thư biểu mô tế bào gan

4.3.1. Nồng độ AFP huyết thanh: Chất chỉ điểm khối u quan trọng nhất trong chẩn đoán HCC là AFP. Nồng độ AFP có vai trò quan trọng trong việc hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh. Trong nghiên cứu này, 10 bệnh nhân

(28,6%) có nồng độ AFP thấp hơn 20ng/ml, chỉ có 11 bệnh nhân (31,4%) có nồng độ AFP cao hơn 200ng/ml, trong đó có 14 bệnh nhân (40%) có nồng độ AFP trên 400ng/ml.

4.3.2. Chỉ số GOT và GPT: Đối với men gan, giá trị trung vị và trung bình tăng so với ngưỡng giá trị bình thường do nghiên cứu có 6 trường hợp men gan tăng trên 5 lần giới hạn trên của giá trị bình thường và đặc biệt có 1 trường hợp men gan tăng cao >500U/L. Giá trị trung bình của GOT và GPT trong nghiên cứu lần lượt là 123,1U/L và 79,5U/L đều khá cao so với các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của Karahan EC các bệnh nhân có giá trị trung bình GOT và GPT trước điều trị là 66,9U/L và 59,3 U/L[4]. Có sự khác biệt lớn trong giá trị này có thể do các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi vào viện trong giai đoạn tiến triển, các tế bào gan bị hủy hoại nặng nên chỉ số men gan tăng cao, điển hình có bệnh nhân cả hai giá trị đều trên 500U/L.

4.3.3. Liên quan giữa kích thước khối u và nồng độ AFP. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thấy nồng độ AFP có mối tương quan thuận với kích thước khối u ($r=0,54$; $p=0,001$). Kích thước khối u càng lớn giá trị AFP càng cao với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Tuy nhiên chỉ số tương quan trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra là rất yếu. Có thể là do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn, bệnh nhân nhập viện với nhiều mức độ khác nhau và nồng độ AFP có khoảng biến thiên rộng. Nồng độ AFP huyết thanh tăng dần theo kích thước khối, nghiên cứu của tác giả Trần Thị Hồng Nhung (2020) khối u có kích thước càng lớn giá trị AFP, AFP-L3 và PIVKA II càng cao ($p<0,05$)[27].

4.3.4. Đặc điểm yếu tố nguy cơ HCC. Xơ gan, viêm gan virus mạn tính là những yếu tố nguy hàng đầu của HCC đã được nhiều nghiên cứu chứng minh. Do Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ cao của nhiễm virus viêm gan B nên tỉ lệ bệnh nhân mắc HCC cao là phù hợp. Trong tổng số 35 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân chỉ mắc virus viêm gan B là 51,4%, chỉ có 2 bệnh nhân mắc virus viêm gan C chiếm 5,7%, không có trường hợp nào đồng nhiễm cả hai loại HBV và HCV, có 5 bệnh nhân chỉ bị xơ gan chiếm 14,3% và có 10 bệnh nhân bị xơ gan và mắc HBV chiếm 28,6%. Như vậy, tỉ lệ HBV trong nghiên cứu là rất cao và đây là yếu tố hàng đầu của HCC. Nghiên cứu của B C Choi cũng chỉ ra tỉ lệ mắc HBV là rất cao trong khi tỉ lệ mắc HCV chỉ là 0,8%[3]. Như vậy nhiễm HBV vẫn là yếu tố nguy cơ chủ yếu của bệnh, ngoài

ra còn nhiều yếu tố nguy cơ khác nữa như HCV, rượu, gan nhiễm mỡ, nhiễm độc tố... và sự tác động qua lại giữa các yếu tố này trong cơ chế hình thành ung thư gan.

4.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán HCC. Trong chẩn đoán ung thư gan, có nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán, chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn của Bộ Y tế để chẩn đoán xác định. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 14 (40%) trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán HCC thông qua tiêu chuẩn về hình ảnh HCC điển hình trên CLVT kết hợp với nồng độ AFP huyết thanh ≥ 400 ng/ml mà không cần tới sự can thiệp của sinh thiết giải phẫu bệnh, 28,6% được chẩn đoán bằng mô bệnh học và 31,4% dựa vào phim CLVT điển hình, AFP ≥ 20 ng/ml nhưng < 400 ng/ml và HBV/HCV (+). Tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán ung thư nói chung dựa vào kết quả mô bệnh học, tuy nhiên sinh thiết khối u là một thủ thuật xâm lấn và sẽ gây khó khăn trong việc thực hiện đối với những trường hợp rối loạn đông máu hoặc thể trạng bệnh nhân quá yếu. Do đó với những đặc điểm đặc trưng trên phim CLVT của HCC và sự hiện diện của các chất chỉ điểm khối u thì việc sử dụng đã phần nào khắc phục được tình trạng trên. Tuy vậy, trong những trường hợp chưa chắc chắn hoặc cần phân biệt với các tổn thương ác tính khác của gan thì sinh thiết khối u là cần thiết.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm hình ảnh học cắt lớp vi tính của HCC. Trong tổng số 35 bệnh nhân, 28 bệnh nhân có một khối đơn độc chiếm 80% Phần lớn có khối u nằm ở vị trí gan phải (82,9%). Khối u kích thước lớn hơn 50mm chiếm 68,6%, khối u kích thước nhỏ 20mm (8,6%) và khối u có kích thước trong khoảng từ 20mm đến 50mm (22,6%). Hầu hết các khối u giảm tỉ trọng trước khi tiêm thuốc cản quang là 88,57%. Khối u ngấm thuốc thì động mạch chiếm 91,4%. Ở thì tĩnh mạch, khối u thải thuốc chiếm 88,57% và khối u không thải thuốc chiếm 11,43%. Ở thì muộn, bệnh nhân có khối u thải thuốc chiếm tỷ lệ cao là 91,4%. Có 3 bệnh nhân phát hiện huyết khối tĩnh mạch cửa trên hình ảnh CLVT (8,6%).

2. Một số yếu tố liên quan đến ung thư biểu mô tế bào gan

- Trong nghiên cứu, có 28,6% bệnh nhân có nồng độ AFP ≤ 20 ng/ml. Nồng độ AFP từ 20-400 ng/ml chiếm 31,4%. Nồng độ AFP >400ng/ml chiếm 40%, trong đó có 1 bệnh nhân có chỉ nồng độ AFP 3000ng/ml

- Đối với men gan, giá trị trung bình của GOT và GPT lần lượt là 123,1±103,5U/L và

79,5±72,8U/L; giá trị trung vị GOT và GPT lần lượt là 102U/L và 51,1 U/L. Các giá trị này đều tăng so với ngưỡng giá trị bình thường do nghiên cứu có 6 trường hợp men gan tăng trên 5 lần giới hạn trên của giá trị bình thường và đặc biệt có 1 trường hợp men gan tăng cao >500U/L

- Tỷ lệ bệnh nhân chỉ mắc virus viêm gan B là 51,4%, chỉ có 2 bệnh nhân mắc virus viêm gan C chiếm 5,7%, không có trường hợp nào đồng nhiễm cả hai loại HBV và HCV, có 5 bệnh nhân chỉ bị xơ gan chiếm 14,3% và có 10 bệnh nhân bị xơ gan và mắc HBV chiếm 28,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ferlay J et al** (2008), "Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008", Int J Cancer
2. **Catalano O, Cusati B, Sandomenico F** (1999), Multiple-phase spiral computerized tomography of small hepatocellular carcinoma: technique optimization and diagnostic yield, 98: pp 53-64.
3. **B G Choi, S H Park, J Y Byun** (2001), The finding of ruptured hepatocellular carcinoma on helical CT, 74: pp 142-146.
4. **Karahan OI, Yikilmaz A, Isin S. Orhan S.** Characterization of hepatocellular carcinomas with

- triphasic CT and correlation with histopathologic findings. Acta Radiol. 2003;44(6):566-571. doi:10.1046/j.1600-0455.2003.00148.x
5. **Ehman EC, Behr SC, Umetsu SE, et al.** Rate of observation and inter-observer agreement for LI-RADS major features at CT and MRI in 184 pathology proven hepatocellular carcinomas. Abdom Radiol (NY). 2016;41(5):963-969. doi:10.1007/s00261-015-0623-5
 6. **Liu W, Qin J, Guo R, et al.** Accuracy of the diagnostic evaluation of hepatocellular carcinoma with LI-RADS. Acta Radiol. 2018;59(2):140-146. doi:10.1177/0284185117716700.
 7. **Hồ Ngọc Linh, Nguyễn Nam Hùng** (2013), "nghiên cứu đặc điểm hình ảnh chụp CLVT u gan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum từ 2010
 8. **Trần Thị Hồng Nhung** (2020), Đánh giá phân loại LI-RADS trên cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán tổn thương khu trú ở nhu mô gan, Luận văn Thạc sĩ Y học Đại Học Y Hà Nội.
 9. **Thái Doãn Kỳ** (2015), Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp tắc mạch hóa dầu sử dụng hạt vi cầu Dc Beads, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
 10. **Phạm Trường Giang** (2021), Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính ung thư biểu mô tế bào gan (HCC), Khóa luận tốt nghiệp. Y học Đại Học Quốc Gia Hà Nội.

TÌM HIỂU YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2022

Bùi Chí Anh Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu được các yếu tố liên quan đến kiến thức tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp điều trị tại Khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 12/2021 - 5/2022 trên 100 người bệnh được chẩn đoán tăng huyết áp đang được điều trị tại khoa nội tim mạch Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. Các đối tượng được phỏng vấn trực tiếp bằng bảng hỏi thiết kế sẵn gồm 26 câu về kiến thức, 22 câu kiến thức và 4 câu quy ước nên chỉ được tính điểm cho 22 câu, sau đó dựa trên kết quả phân tích chéo bảng 2 biến để tìm hiểu sự liên quan giữa các yếu tố với nhau. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy kết quả giới tính có liên quan đến kiến thức, nữ có kiến thức thấp hơn nam 47,6% với 52,4% (p=0,005), tuổi ≥60 có kiến thức cao hơn tuổi <60, 79,3% so với 20,7%

(p=0,001), trình độ học vấn liên quan thuận với kiến thức, mức kiến thức kiểm nhất ở trình độ tiểu học 83,3 không đạt (p=0,02), nghề tự do có kiến thức cao nhất với 31,7%, người bệnh bị ≥ 1 năm có kiến thức tốt hơn người bệnh bị bệnh < 1 năm. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh đều có liên quan với kiến thức về tuân thủ chế độ ở người bệnh tăng huyết áp với p<0,05.

Từ khóa: Yếu tố liên quan, huyết áp, tuân thủ điều trị tăng huyết áp.

SUMMARY

THE FACTORS RELATED TO KNOWLEDGE AND COMPLIANCE TO TREATMENT HIGH BLOOD PRESSURE AT THE CARDIOLOGY DEPARTMENT OF NAM DINH PROVINCIAL HOSPITAL IN 2022

Objective: To find out the factors related to knowledge - related knowledge of patients who increase the treatment of blood pressure at the provincial general department of cardiology in 2022 of nam dinh province in 2022. **Method:** The description of cross - cutting made from december 2021 - 5/2022 on 100 patients diagnosed with hypertension is being

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Chí Anh Minh
Email: minhbmnoihdd@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023
Ngày duyệt bài: 22.5.2023