

- TP. Hồ Chí Minh. Tập 25(Số 5), tr. 74-82.
2. **Qian Bai và các cộng sự** (2021), "The Correlation between Demographical and Lifestyle Factors and Traditional Chinese Medicine Constitution among Macau Elderly Individuals", Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2021, tr. 1-9.
 3. **Wang Qi và Zhu YanBo** (2009), "Epidemiological investigation of constitutional types of Chinese medicine in general population: based on 21,948 epidemiological investigation data of nine provinces in China.", China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy. 24(1), tr. 7-12.
 4. **Y. Wang và các cộng sự** (2021), "Body Constitution and Unhealthy Lifestyles in a Primary Care Population at High Cardiovascular Risk: New Insights for Health Management", Int J Gen Med. 14, tr. 6991-7001.
 5. **Youzhi Sun và các cộng sự** (2014), "Characteristics of TCM constitutions of adult Chinese women in Hong Kong and identification of related influencing factors: a cross-sectional survey", Journal of Translational Medicine. 12(1), tr. 140.
 6. **Yangyang Wang và các cộng sự** (2013), "Correlation between tobacco and alcohol use and Traditional Chinese Medicine constitutions: an analysis based on a sample from general population of China", Journal of Traditional Chinese Medicine. 33(5), tr. 642-646.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN GAN NHIỄM HBV ĐÃ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN K TÂN TRIỀU

Nguyễn Việt Phương¹, Phạm Bá Đức², Lê Văn Kỳ²,
Hoàng Văn Tổng³, Trần Viết Tiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu một số đặc điểm cận lâm sàng, cận lâm sàng và mối liên quan với một số đặc điểm mô bệnh học trên bệnh nhân ung thư gan nhiễm HBV đã phẫu thuật tại bệnh viện K Tân Triều từ năm 2018 đến năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 41 đối tượng ung thư biểu mô tế bào gan nhiễm vi rút viêm gan B đã được phẫu thuật. **Kết quả:** Nhóm tuổi 50 – 69 chiếm tỷ lệ đa số 70,7%; nam/nữ 3,1/1. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: đau hạ sườn phải (65,9%), mệt mỏi (22,0%); tình cờ đi khám 26,8%. Nhóm AFP < 20 ng/ml chiếm 41,5%. Kích thước khối u ≥ 5cm chiếm 43,9%, 01 khối u chiếm tỷ lệ 73,2% và đa số ở thùy phải 68,3%. Đặc điểm giải phẫu bệnh: Tỷ lệ lớn khối u có độ biệt hóa tế bào độ II 63,4%, độ III 31,8%, 100% có xâm lấn mô đệm và 24,4% có xâm lấn mạch máu. Nồng độ AFP có liên quan đến độ kém biệt hóa tế bào và sự xâm lấn mạch máu. Kích thước khối u có liên quan tới độ kém biệt hóa tế bào nhưng không liên quan tới xâm lấn mạch máu trên mô bệnh học. **Kết luận:** Đối tượng ung thư biểu mô tế bào gan nhiễm HBV có tỷ lệ không nhỏ tình cờ phát hiện khi đi khám bệnh, kích thước khối u lớn và có độ biệt hóa tế bào đa số từ vừa

đến kém biệt hóa. Độ biệt hóa tế bào ung thư liên quan tới nồng độ AFP và kích thước khối u; xâm lấn mạch máu trên mô bệnh học chỉ liên quan tới nồng độ AFP và không liên quan tới kích thước khối u.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG), đặc điểm mô bệnh học, nhiễm vi rút viêm gan B.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND RELATIONSHIP WITH HISTOPATHOLOGIC FEATURES IN HEPATITIS B VIRUS-RELATED HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS OPERATED AT NATIONAL CANCER HOSPITAL- TAN TRIEU

Objectives: To evaluate the clinical, paraclinical histopathological characteristics and the relationship of these characteristics in hepatitis B virus-related hepatocellular carcinoma patients operated at National Cancer Hospital- Tan Trieu from 2018 to 2020.

Subjects and research methods: A cross-sectional descriptive study on 41 patients with hepatitis B virus-related hepatocellular carcinoma who underwent surgery. **Results:** The age group 50 - 69 accounts for the majority of 70.7%; the male to female ratio was 3,1/1. Clinical symptoms: right lower quadrant pain was 65.9%, fatigue was 22.0%; periodic health examination was 26.8%. AFP-negative (<20 ng/ml) rates were found in 41.5% patients. Tumor size ≥ 5cm accounted for 43.9%, group one tumor accounted for 71.6, and the majority was in the right lobe, 68.3%. Pathological characteristics: Most tumors had tumor cell differentiation grade II 63.4%, grade III 31.8%, 100% stromal invasion and 24.4% vascular invasion.

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện K Tân Triều

³Viện nghiên cứu Y dược học Quân sự

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Phương

Email: vietphuongnt203@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 16.6.2023

AFP levels are associated with poor tumor cell differentiation and vascular invasion. Tumor size was related to poor tumor cell differentiation but not to vascular invasion in the histopathology. **Conclusion:** Patients with HBV-infected hepatocellular carcinoma had a large proportion of cases incidentally discovered by periodic health examination, large tumor size, and mostly moderate to poorly differentiated cell differentiation. Tumor cell differentiation is closely related to AFP levels and tumor size; Vascular invasion in histopathology was only related to AFP levels and not to tumor size.

Keywords: Hepatocellular carcinoma (HCC), histopathologic features, hepatitis B virus infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTBMTBG bệnh ung thư phổ biến xếp hàng thứ sáu trong các bệnh lý ung thư và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng hàng thứ tư trên toàn thế giới vào năm 2018, với khoảng 841.000 ca mắc mới và 782.000 ca tử vong hàng năm [1]. Nhiễm vi rút viêm gan B (HBV) là một trong những nguy cơ hàng đầu dẫn tới ung thư gan. Mặc dù đã có nhiều chương trình tiêm chủng quốc gia đã được áp dụng nhằm hạn chế sự lây truyền của vi rút, nhưng tỷ lệ bệnh ung thư gan vẫn có xu hướng gia tăng về gánh nặng bệnh tật.

Hiện nay, trên thế giới và Việt Nam đã có nhiều hướng dẫn theo dõi, chẩn đoán, điều trị nhằm tầm soát sớm bệnh nhân ung thư gan, tuy nhiên mô bệnh học vẫn là một trong tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán bệnh. Bên cạnh đó, mô bệnh học ung thư gan còn giúp xác định giai đoạn bệnh, định hướng điều trị và tiên lượng đáp ứng điều trị cũng như tiên lượng lâu dài [2].

Tại bệnh viện K Tân Triều, tỷ lệ bệnh nhân UTBMTBG (HCC) đến khám bệnh và điều trị gia tăng theo hàng năm. Các bệnh nhân nhập viện trong nhiều giai đoạn bệnh khác nhau, được áp dụng nhiều phương pháp điều trị, trong đó rất nhiều bệnh nhân được phát hiện giai đoạn sớm, còn có chỉ định phẫu thuật triệt căn. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mối liên quan với một số đặc điểm mô bệnh học trên bệnh nhân ung thư gan nhiễm HBV đã phẫu thuật tại Bệnh viện K Tân Triều", nhằm cung cấp thêm các dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng trên các bệnh nhân ung thư gan được can thiệp điều trị ở giai đoạn sớm của bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG nhập viện và điều trị và đã được phẫu thuật tại: Bệnh viện K Tân Triều trong thời gian từ tháng 06 năm 2018

đến tháng 6 năm 2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Những bệnh nhân UTBMTBG được xác định bằng mô bệnh học sau phẫu thuật tại Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện K Tân Triều

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân ung thư gan thứ phát do di căn, ung thư đường mật

- Ung thư gan không nhiễm vi rút viêm gan B

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Các bước thực hiện

- Lập mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Thăm khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh chẩn đoán trước phẫu thuật, kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.

- Tổng hợp và phân tích số liệu theo thuật toán thống kê.

2.2.3. Biến số nghiên cứu

- Đánh giá triệu chứng cơ năng, thực thể, xét nghiệm AFP, đặc điểm khối u trên CLVT trước phẫu thuật, kích thước khối u lấy theo đường kính khối u kích thước lớn nhất trên CLVT.

- Một số đặc điểm mô bệnh học khối u. Độ mô học khối u được phân chia theo WHO 2010 [3] với 4 mức độ: biệt hóa cao, vừa, kém và không biệt hóa tương ứng với độ I, II, III, IV.

- Mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng và độ mô học khối u, xâm lấn mạch máu

Tất cả các số liệu được thống kê bằng phần mềm Microsoft Excel 16.0 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trên 41 bệnh nhân ung thư gan nhiễm HBV được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào gan được căn cứ kết quả mô bệnh học tại Bệnh viện K Tân Triều, chúng tôi ghi nhận được kết quả sau:

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học đối tượng nghiên cứu

*Đặc điểm về tuổi và giới đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=41)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	X ± SD	58,37 ± 11,27	
	Min - Max	31,0 - 82,0	
Nhóm tuổi (tuổi)	30 - 49	8	19,5
	50 - 69	29	70,7
	≥ 70	4	9,8
Nam		31	75,6
Nữ		10	24,4

Nhận xét: Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu 58,37 ± 11,27 tuổi, nhóm tuổi 50 – 69 chiếm tỷ lệ đa số 70,7%; nam giới chiếm ưu thế với 75,6%, tỷ lệ nam/nữ 3,1/1.

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Lâm sàng	Số lượng (n=41)	Tỷ lệ (%)
Đau hạ sườn phải	27	65,9
Tình cờ phát hiện	11	26,8
Mệt mỏi	9	22,0
Chán ăn	7	17,1
Gầy sút cân	5	12,2

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng khiến người bệnh phải đi thăm khám kiểm tra, thường gặp nhất là đau hạ sườn phải (65,9%), mệt mỏi (22,0%); một tỷ lệ không nhỏ người bệnh tình cờ đi khám phát hiện ra bệnh chiếm 26,8%.

Bảng 3.3. Đặc điểm xét nghiệm AFP đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n = 41)	Tỷ lệ (%)
AFP (ng/ml)	X ± SD	1305,81 ± 3719,45
	Trung vị	42,50
	Min - Max	2,15- 19724,40
Nhóm AFP (ng/ml)	< 20	17
	20 - < 400	14
	≥ 400	10

Nhận xét: Nồng độ AFP trung bình 1305,81 ± 3719,45 ng/ml; bệnh nhân có AFP trong giới hạn bình thường (< 20ng/ml) chiếm tỷ lệ 41,5%.

Bảng 3.4. Đặc điểm khối u trên cắt lớp vi tính

Đặc điểm	Số lượng (n = 41)	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Thùy P	28
		68,3

Bảng 3.6. Liên quan giữa AFP, kích thước trên cắt lớp vi tính với độ mô học khối u

Đặc điểm mô bệnh học	Độ biệt hóa I-II (n=27)		Độ biệt hóa III-IV (n=14)		p	
	n	%	n	%		
AFP	X ± SD	1177,29 ± 4046,04	1553,68 ± 3118,61		> 0,05	
	Trung vị	20,00	288,25			
Nhóm AFP (ng/ml)	< 400	23	85,2%	8	57,1%	< 0,05
	≥ 400	4	14,8%	6	42,9%	
KTKU (cm)	X ± SD	4,62 ± 1,94		5,95 ± 2,48		< 0,05
	Trung vị	4,20		5,75		
Nhóm KTKU (cm)	< 5	18	66,7	6	42,9	< 0,05
	≥ 5	9	33,3	8	57,1	

Mức độ biệt hóa khối u có liên quan tới mức độ tăng AFP và kích thước khối u (p < 0,05); khối u có biệt hóa tế bào độ III – IV có mức tăng AFP ≥ 400 ng/ml 42,9%, kích thước trung bình và nhóm KTKU ≥ 5cm cao hơn nhóm biệt hóa độ I – II (p < 0,05).

Bảng 3.7. Liên quan giữa AFP, kích thước trên cắt lớp vi tính với xâm lấn mạch máu

Đặc điểm mô bệnh học	Có xâm lấn mạch máu (n = 10)		Không xâm lấn mạch máu (n=31)		p
	n	%	n	%	
AFP	X ± SD	1758,062672,99	1159,934026,43		> 0,05

	Thùy T	12	29,3
	Cả 2 thùy	1	2,4
Số khối u	1	30	73,2
	2 - 3	9	22,0
	> 3	2	4,8
KTKU (cm)	X ± SD	5,08 ± 2,20	
	Trung vị	4,40	
	Min - Max	1,9 - 11,0	
Nhóm KTKU (cm)	< 3	5	12,2
	3 - < 5	18	43,9
	≥ 5	18	43,9

Nhận xét: Vị trí khối u thường gặp thùy gan P 68,3%, đa số 01 khối u 73,2%. Kích thước khối u (KTKU) trung bình đối tượng nghiên cứu 5,08 ± 2,20, nhỏ nhất 1,9 cm, lớn nhất 11,0 cm. Tỷ lệ bệnh nhân có KTKU ≥ 5 cm chiếm tỷ lệ 43,9%.

Bảng 3.5. Một số đặc điểm mô bệnh học mẫu mô ung thư gan

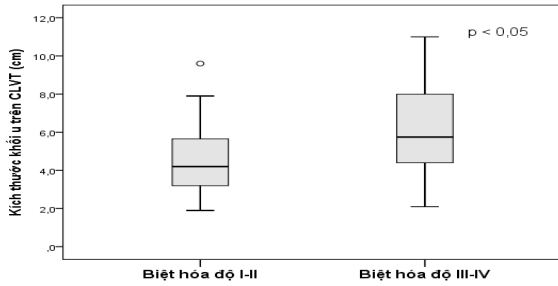
Đặc điểm mô bệnh học	Số bệnh nhân (n = 41)	Tỷ lệ (%)
Mức độ biệt hóa	Độ I	1
	Độ II	26
	Độ III	13
	Độ IV	1
Xâm lấn mô đệm	Có	41
	Không	0
Xâm lấn mạch máu	Có	10
	Không	31
Tổng	41	100

Nhận xét: Đa số khối u có độ biệt hóa tế bào độ II 63,4%, độ III 31,8%. 100% có xâm lấn mô đệm và 24,4% có xâm lấn mạch máu.

3.2. Môi liên quan một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với độ mô học khối u

	Trung vị	232,75		20,00		
Nhóm AFP (ng/ml)	< 400	5	50,0	26	83,9	< 0,05
	≥ 400	5	50,0	5	16,1	
KTKU (cm)	X ± SD	4,89 2,79		5,14 2,02		> 0,05
	Trung vị	3,65		4,70		
Nhóm KTKU (cm)	< 5	6	60,0	18	58,1	> 0,05
	≥ 5	4	40,0	13	41,9	

Nhận xét: Nhóm khối u có xâm lấn mạch máu trên mô bệnh học có tỷ lệ tăng AFP ≥ 400 ng/ml 50% cao hơn nhóm không có xâm lấn mạch máu 16,1% (p < 0,05); về kích thước không có sự khác biệt giữa hai nhóm (p > 0,05).



Biểu đồ 3.1. Độ biệt hóa khối u và kích thước khối u trên cắt lớp vi tính

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học đối tượng nghiên cứu

*** Đặc điểm về tuổi và giới đối tượng nghiên cứu.** Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu 58,37 ± 11,27 tuổi, nhóm tuổi 50 – 69 chiếm tỷ lệ đa số 70,7%. Kết quả của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu về UTBMTBG ở Việt Nam nhưng có sự khác biệt so với các nghiên cứu trên thế giới. Sự khác biệt này được giải thích do nguy cơ và tỷ lệ mắc các vi rút viêm gan. Ở các nước phương Tây tỷ lệ viêm gan vi rút thấp nên tuổi trung bình mắc HCC đa số từ 75 tuổi trở lên. Tại Nhật Bản, tuổi mắc UTBMTBG trung bình do HCV đạt đỉnh ở tuổi 65, trong khi ở Hàn Quốc, nước có tỷ lệ mắc ung thư gan chủ yếu do HBV, độ tuổi trung bình mắc bệnh là 55.

Về tỷ lệ giới, kết quả nghiên cứu của chúng tôi nam giới chiếm ưu thế với 75,6%, tỷ lệ nam/nữ 3,1/1. Tỷ lệ nam/nữ, theo GLOBOCAN 2018, tại Việt Nam trong cùng độ tuổi, tỷ lệ UTBMTBG ở nam giới cao gấp 4 lần nữ giới. Nguyên nhân tỉ lệ mắc ung thư gan cao hơn ở nam có thể do nam giới tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ hơn như nguy cơ phơi nhiễm viêm gan B và C, uống rượu, hút thuốc lá,... ngoài ra còn liên quan tới hooc mon sinh dục. Các tác giả đã đưa ra giả thuyết estrogen có tác dụng ức chế quá trình viêm thông qua interleukin 6 do đó làm giảm sự tổn thương của tế bào gan và testosterone làm tăng các con đường dẫn truyền

thông qua thụ thể androgen từ đó thúc đẩy sự phát triển của tế bào gan [4].

*** Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu.**

Các triệu chứng lâm sàng khiến người bệnh phải đi thăm khám kiểm tra, thường gặp nhất là đau hạ sườn phải (65,9%), mệt mỏi (22,0%); một tỷ lệ không nhỏ người bệnh tình cờ đi khám phát hiện ra bệnh chiếm 26,8%. Đau tức vùng gan là triệu chứng hay gặp HCC nhưng không đặc hiệu, có thể gặp trong nhiều bệnh lý gan mật. Tỷ lệ đau, mức độ đau còn phụ thuộc vào từng bệnh nhân và từng giai đoạn nên tỷ lệ gặp phải cũng thay đổi theo từng nghiên cứu. Chúng tôi gặp trong nghiên cứu, đau vùng gan chiếm 65,9%, tương tự so với một số nghiên cứu khác như Kiều Thị Việt Hà 88,2%, Vũ Mạnh Cường 76,5%, cao hơn so với tác giả Thái Doãn Kỳ (42,6%) [5], Đào Việt Hằng (37,5%) [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp một tỷ lệ bệnh nhân không có các triệu chứng lâm sàng, phát hiện tình cờ khối u gan chiếm 26,8%. Đây là một thực trạng chung của ung thư gan do HBV, bệnh thường diễn tiến thầm lặng, khi phát hiện thường giai đoạn muộn, hạn chế cơ hội điều trị của bệnh nhân.

***Xét nghiệm AFP.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân UTBMTBG có xét nghiệm AFP trong giới hạn bình thường (< 20 ng/ml) chiếm tỷ lệ không nhỏ 41,5%. AFP huyết thanh không phải là một dấu ấn quyết định trong chẩn đoán HCC nhưng nó khá đặc hiệu khi nồng độ tăng cao ≥ 400ng/ml. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 24,4% BN có mức tăng AFP ≥ 400ng/ml. Nghiên cứu của Đào Việt Hằng chỉ có 38 BN (28,3%) có nồng độ AFP ≥ 200 ng/ml trong đó 25 BN (19,3%) có nồng độ AFP cao ≥ 400ng/ml [6]. Các tác giả trong và ngoài nước cũng phát hiện AFP bình thường ở các bệnh nhân ung thư tế bào gan với tỷ lệ từ 17- 40%. AFP bình thường chủ yếu ở các trường hợp ung thư tế bào gan biệt hóa cao giai đoạn sớm, do đó độ nhạy của AFP trong chẩn đoán ung thư tế bào gan đối với những trường hợp này không cao. Vì vậy nhiều tác giả cũng cho rằng vai trò

của AFP không rõ ràng trong thăm khám sàng lọc ung thư tế bào gan từ các bệnh nhân nguy cơ cao.

*** Đặc điểm khối u trên cắt lớp vi tính.** Vị trí khối u, khối u gan đa số gặp ở thùy gan P 68,3% và phần lớn 01 khối u 73,2%. So sánh với các nghiên cứu trong nước, kết quả này có nhiều nét tương đồng. Tác giả Thái Doãn Kỳ, tỷ lệ khối u gặp ở thùy phải lên tới 90,5% trường hợp; tuy nhiên kết quả của tác giả Trình Quốc Đạt với 60% khối u ở gan phải, 25% tổn thương ở cả 2 thùy gan. Tuy có sự khác biệt về vị trí khối u giữa các nghiên cứu, những các tác giả đều ghi nhận tổn thương khối u gan thường gặp ở thùy gan phải. Điều này được giải thích do đặc điểm giải phẫu của thùy gan phải lớn hơn so với thùy gan trái.

Về số lượng khối u, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với một số tác giả khác, tác giả Đoàn Việt Hằng, 87 BN có 1 khối u (66,9%), 35 BN có 2 khối u (26,9%) và 8 BN có 3 khối u (6,2%) [6]; tuy nhiên kết quả nhóm u gan đa ổ này thấp hơn tác giả Thái Doãn Kỳ với 42,9% số trường hợp u gan đa ổ (có từ 2 khối u trở lên) [5]. Sự khác biệt của các nghiên cứu là do đối tượng nghiên cứu của các tác giả trong việc lựa chọn phương pháp điều trị, tác giả Thái Doãn Kỳ lựa chọn các bệnh nhân u gan kích thước lớn hoặc u gan đa ổ với chức năng còn khá là chỉ định cho điều trị tắc mạch hóa chất để nghiên cứu hiệu quả điều trị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, kích thước khối u trung bình trên CLVT $5,08 \pm 2,20$ cm, nhóm KTKU < 3 cm chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ 12,2%. Điều này phản ánh một phần về thực trạng chung của bệnh lý UTBMTBG ở trong nước với phần lớn số trường hợp bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn.

*** Một số đặc điểm mô bệnh học mẫu mô ung thư gan.** Đa số khối u có độ biệt hóa tế bào độ II 63,4%, độ III 31,8%. 100% có xâm lấn mô đệm và 24,4% có xâm lấn mạch máu. Độ biệt hóa được xem là một yếu tố tiên lượng độc lập của UTBMTBG. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, các khối u đa số có độ biệt hóa vừa (độ II) và biệt hóa kém (độ III) chiếm tỷ lệ đa số lần lượt 63,4% và 31,8%. So sánh với nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Minh, tỷ lệ khối u biệt hóa vừa và biệt hóa kém lần lượt là 56,61% và 29,10%, tỷ lệ khối u có biệt hóa độ I (13,76%) cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [7]. Các nghiên cứu đều ghi nhận khác với độ biệt hóa vừa và biệt hóa kém thường chiếm tỷ lệ cao hơn các độ biệt hóa khác. Các khối u có mức độ biệt

hóa kém liên quan đến tiên lượng xấu và kém đáp ứng với các phương pháp điều trị. Cho đến nay UTBMTBG tế bào kém biệt hóa là một yếu tố tiên lượng xấu trong ghép gan vì vậy với những trường hợp tế bào kém biệt hóa và kích thước khối u trên 3 cm không được lựa chọn vào danh sách ghép gan theo tiêu chuẩn Milan.

Xâm lấn mạch máu là một yếu tố tiên lượng cho nhiều loại ung thư khác nhau, bao gồm cả UTBMTBG. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ xâm lấn mạch máu qua kết quả giải phẫu bệnh 24,4%, có thấp hơn nghiên cứu Trần Ngọc Minh (58,82%) [7]. XLMM là một biểu hiện thường gặp trong giải phẫu bệnh khối UTBMTBG, tuy nhiên kết quả cũng dao động từ 28,3% đến 70,9% tùy theo cỡ mẫu, vùng dịch tễ và thời điểm tiến hành nghiên cứu.

4.2. Mối liên quan một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với độ mô học khối u

*** Liên quan giữa AFP, kích thước trên cắt lớp vi tính với độ mô học khối u.** Mức độ biệt hóa khối u có liên quan tới mức độ tăng AFP và kích thước khối u ($p < 0,05$); khối u có biệt hóa tế bào độ III – IV có mức tăng AFP ≥ 400 ng/ml 42,9%, kích thước trung bình và nhóm KTKU ≥ 5 cm cao hơn nhóm biệt hóa độ I – II ($p < 0,05$).

Theo nghiên cứu của Wu G và cs về mối liên quan giữa kích thước u với mức độ biệt hóa tế bào u trong UTBMTBG đã nhận thấy, những u có kích thước lớn thường có mức độ biệt hóa kém hơn so với các khối u kích thước nhỏ. 60,79% u kém biệt hóa và không biệt hóa thường có kích thước lớn (> 5 cm), trong khi 45,08% u biệt hóa cao hoặc vừa có kích thước < 5 cm, với $p < 0,001$ [8].

Mối liên quan giữa độ mô học và nồng độ AFP huyết thanh, kết quả chúng tôi AFP có mối tương quan nghịch với mức độ biệt hóa tế bào khối u; cụ thể các khối u có độ biệt hóa kém và không biệt hóa có nồng độ trung bình AFP và nhóm AFP ≥ 400 ng/ml cao hơn so với nhóm biệt hóa cao và vừa ($p < 0,05$). Kết quả tương tự như một số nghiên cứu trong và ngoài nước đã đề cập. Tuy nhiên, nghiên cứu của Lalisang A và CS trên 33 bệnh nhân UTBMTBG được phẫu thuật, không tìm thấy mối liên quan giữa AFP với mức độ biệt hóa tế bào ung thư. Sự khác biệt có thể được giải thích do sự khác biệt về tỷ lệ độ mô học, giai đoạn và cỡ mẫu nghiên cứu; nghiên cứu của Lalisang A, tỷ lệ khối u có tỷ lệ biệt hóa cao chiếm tới 12,5% và tác giả cũng sử dụng cách phân chia mức độ biệt hóa khác nghiên cứu của chúng tôi – chỉ với 3 mức độ biệt hóa cao,

trung bình và kém biệt hóa.

*** Liên quan giữa AFP, kích thước trên cắt lớp vi tính với xâm lấn mạch máu.** Nhóm khối u có xâm lấn mạch máu trên mô bệnh học có tỷ lệ tăng AFP ≥ 400 ng/ml 50% cao hơn nhóm không có xâm lấn mạch máu 16,1% ($p < 0,05$); về kích thước không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Ma và CS, khối u có AFP ≤ 20 ng/ml có độ biệt hóa tế bào gan cao hơn, tỷ lệ xâm lấn mạch máu và tỷ lệ tái phát sau 2 năm phẫu thuật cắt gan thấp hơn so với các nhóm AFP từ 20 – 400ng/ml và > 400 ng/ml. Về kích thước khối u và xâm nhập mạch, nhiều nghiên cứu cũng nhận thấy kích thước khối u không có tác dụng dự báo với tình trạng xâm nhập mạch. Nghiên cứu Chandarana, H, kích thước của khối u được xác định trên chụp MRI, kết quả không có sự liên quan giữa kích thước khối u và tỷ lệ xâm lấn mạch máu với $p = 0,327$.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu 58,37 \pm 11,27 tuổi, nhóm tuổi 40 – 69 chiếm tỷ lệ đa số 70,7%; tỷ lệ nam/nữ 3/1. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: đau hạ sườn phải (65,9%), mệt mỏi (22,0%); tình cờ đi khám 26,8%. Tỷ lệ AFP trong giới hạn bình thường (< 20 ng/ml) chiếm 41,5%. Đặc điểm trên CLVT: Kích thước khối u trung bình 5,08 \pm 2,20 cm, 1 khối u chiếm tỷ 73,2% và đa số ở thùy phải 68,3%.

- Đặc điểm giải phẫu bệnh: Đa số khối u có độ biệt hóa tế bào độ II 63,4%, độ III 31,8%. 100% có xâm lấn mô đệm và 24,4% có xâm lấn mạch máu.

- Nồng độ AFP có liên quan đến sự xâm lấn

vi mạch, khả năng biệt hóa tế bào kém. Các khối u có kích thước lớn thường có mức độ biệt hóa tế bào kém hoặc không biệt hóa, tuy nhiên không có liên quan tới xâm lấn mạch máu trên mô bệnh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. et.al.** (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 68 (6), 394-424.
2. **Schlageter M., Terracciano L. M., D'Angelo S. et.al.** (2014). Histopathology of hepatocellular carcinoma. World J Gastroenterol, 20 (43), 15955-15964.
3. **Bosman F. T., Carneiro F., Hruban R. H. et.al.** (2010). WHO classification of tumours of the digestive system, Geneva 27, Switzerland.
4. **Yu M. W., Chen C. J.** (1993). Elevated serum testosterone levels and risk of hepatocellular carcinoma. Cancer Res, 53 (4), 790-794.
5. **Thái Doãn Kỳ** (2015). Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp tắc mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu DC Beads. Viện Nghiên cứu Khoa học Y dược Lâm sàng 108.
6. **Đào Việt Hằng** (2016). Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt nhiệt sóng cao tần với các loại kim được lựa chọn theo kích thước khối u, Luận văn Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. **Trần Ngọc Minh** (2020). Nghiên cứu mô bệnh học và hóa mô miễn dịch tổn thương tiền ung thư và ung thư biểu mô tế bào gan, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
8. **Wu G., Wu J., Wang B. et.al.** (2018). Importance of tumor size at diagnosis as a prognostic factor for hepatocellular carcinoma survival: a population-based study. Cancer Manag Res, 10, 4401-4410.

THỰC TRẠNG KHẨU PHẦN ĂN VÀ THÓI QUEN ĂN UỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Nguyễn Thị Thanh Hương¹, Trần Thu Hiền¹, Đỗ Thị Hòa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét thực trạng khẩu phần ăn và thói quen ăn uống của người bệnh tại khoa Nội Tim mạch – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 192 người bệnh tăng huyết

áp, suy tim, cơn đau thắt ngực, tai biến mạch máu não được điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch – Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 3/2021 đến tháng 9/2021. **Kết quả:** Năng lượng trung bình 1289 Kcal đạt 75,8% nhu cầu khuyến nghị; Phần trăm năng lượng do P/L/G là: 17,56/20,37/62,07 đều không đạt nhu cầu khuyến nghị; Chất khoáng Ca đạt 34,5%, Sắt đạt 49,3%, Kali đạt 33%, đều đủ so với khuyến nghị. Sở thích chế biến món ăn theo cách xào là cao nhất (36,5%). 75% người bệnh sử dụng nước chấm trong bữa ăn hàng ngày. 50% nam giới thường xuyên hút thuốc, trong khi 100% phụ nữ không hút thuốc lá. 50,8% nam giới thường xuyên sử dụng rượu bia, trong khi đó 91,9% nữ không uống rượu. 21,2% nam

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hương

Email: huong.ndun@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2023

Ngày duyệt bài: 21.6.2023