

huyện chiếm đến 89,6%. Tỷ lệ này tương đương tỷ lệ tiêm vaccine trong NVYT tuyến xã (99%).⁷

V. KẾT LUẬN

COVID-19 gây các tác động tiêu cực đến sức khỏe thể chất của NVYT tuyến huyện, đa số NVYT đều mắc COVID-19 (73,5%). Việc mắc COVID-19 khi tham gia chống dịch tại cơ quan đang công tác là bối cảnh thường gặp nhất (57,9%) của NVYT tuyến huyện. Tỷ lệ tiêm chủng vaccine COVID-19 của NVYT tuyến huyện đạt 99,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aggarwal N, Boppana TK, Mittal S.** COVID-19 pandemic: The testing times for healthcare workers. *Monaldi Arch Chest Dis.* Jan 21 2021;91(1)doi:10.4081/monaldi.2021.1515
2. **Worldmeters.** COVID-19 Coronavirus pandemic. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
3. **World Health Organization.** COVID-19 in Viet Nam Situation Report 106. 2023. <https://www.who.int/vietnam/internal-publications-detail/covid-19-in-viet-nam-situation-report-106>
4. **Lê Minh Giang, Đặng Thị Hương, Đỗ Nam Khánh, Hoàng Thị Hải Vân.** Thực trạng tham

- gia phòng chống dịch covid-19 của nhân viên y tế tại một số bệnh viện tuyến tỉnh/thành phố năm 2021 - 2022. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 09/20 2023; 169(8):310-318. doi:10.52852/tcnyh.v169i8.1857
5. **Không Văn Cường, Đỗ Nam Khánh, Trương Hoàng Anh, Lê Minh Giang.** Thực trạng nhân lực y tế tuyến xã tham gia phòng chống Covid-19 tại một số tỉnh trọng điểm trong năm 2021, 2022. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 04/27 2023;165(4): 217-225. doi:10.52852/tcnyh.v165i4.1534
 6. **Đặng Thị Hương, Đỗ Nam Khánh, Hoàng Thị Hải Vân, Lê Minh Giang.** Tỷ lệ mắc/nghi mắc Covid-19 ở cán bộ y tế tham gia phòng chống dịch tại một số tỉnh/thành và trường đại học của Việt Nam năm 2021 - 2022 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 04/27 2023; 165 (4): 197-207. doi: 10.52852/tcnyh.v165i4.1528
 7. **Đỗ Nam Khánh, Lê Minh Giang, Hoàng Thị Hải Vân.** Thách thức về sức khỏe thể chất của nhân viên y tế tuyến xã tham gia phòng chống COVID-19 năm 2021-2022. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;533(1B):308-312.
 8. **Nguyễn Anh Khoa, Vũ Thị Quỳnh Hậu, Đặng Thị Phương Duyên.** Tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của nhân viên y tế và các yếu tố liên quan tại Đắk Lắk, năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 06/22 2022;515(1)doi:10.51298/vmj.v515i1.2676

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM NỒNG ĐỘ AFP TRÊN BỆNH NHÂN CẮT GAN DO HCC TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thế Anh¹, Trịnh Huy Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm về nồng độ AFP ở bệnh nhân phẫu thuật cắt gan do HCC tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 228 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do HCC (có chẩn đoán giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là HCC) bao gồm (47 ca cắt gan phân thùy trước, 33 ca cắt gan phân thùy sau, 38 ca cắt gan trung tâm và 110 ca cắt gan phải theo giải phẫu) tại khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K trong thời gian từ năm 2019 đến năm 2023. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ nam:nữ: 9.4:1. Độ tuổi trung bình: 56.1. Các loại hình cắt gan bao gồm: 47 ca cắt gan phân thùy trước (20.6%), 33 ca cắt gan phân thùy sau (14.5%), 38 ca cắt gan trung tâm (16.7%) và 110 ca cắt gan phải (48.2%). Tỷ lệ AFP < 20 ng/ml là 77 ca (33.8%), từ 20 – 400 ng/ml là 58 ca (25.4%) và trên 400ng/ml là 93 ca (40.8%). Trung vị AFP là 130.50 ± 4629.60. Không có sự khác biệt về sự tăng AFP giữa nhóm có viêm gan B, C và nhóm không viêm gan (p = 0.181). Kích thước khối u là yếu tố gây tăng AFP (p =

0.01), với u ≥ 5 cm có nguy cơ tăng AFP cao gấp 2.12 lần so với u < 5 cm với khoảng tin cậy 95% (1.19 – 3.77). Có 77.6% trường hợp HBsAg (+), 3.1% trường hợp HCVAb (+). Tỷ lệ HCC biệt hóa kém ở nhóm AFP tăng (33.1%) cao hơn so với ở nhóm bệnh nhân AFP bình thường (18.2%). **Kết luận:** Không có sự khác biệt về sự tăng AFP giữa nhóm có viêm gan B, C và nhóm không viêm gan. Kích thước khối u là yếu tố gây tăng AFP. Nồng độ AFP không đặc hiệu để chẩn đoán HCC, cần kết hợp các yếu tố khác như hình ảnh học, viêm gan để khẳng định chẩn đoán.

Từ khóa: Viêm gan virus B, C; HCC, cắt gan.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF AFP LEVELS IN PATIENTS UNDERGOING LIVER RESECTION FOR HCC AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: Describe some characteristics of AFP levels in patients undergoing liver resection due to HCC at National Cancer Hospital. **Research subjects and methods:** A retrospective descriptive study on 228 patients undergoing surgery. Hepatectomy due to HCC (with post-operative pathological diagnosis of HCC) included (47 cases of right anterior sectionectomy, 33 cases of right posterior sectionectomy, 38 cases of central hepatectomy and 110 cases of right hepatectomy) at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery - K Hospital from 2019 to 2023. **Research results:** Male: female ratio:

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.12.2023

Ngày duyệt bài: 23.01.2024

9.4:1. Average age: 56.1. Types of hepatectomy included 47 anterior segment hepatectomies (20.6%), 33 posterior segment hepatectomies (14.5%), 38 central hepatectomies (16.7%), and 110 right hepatectomies (48.2%). AFP rate < 20 ng/ml was 77 cases (33.8%), from 20 - 400 ng/ml was 58 cases (25.4%) and over 400 ng/ml was 93 cases (40.8%); 25.4% of AFP was within normal limits in the group of patients with hepatitis B and C. Median AFP was 130.50 ± 4629.60; There was no difference in AFP level between the group with hepatitis B,C and the normal group (p = 0.181). Tumor size was a factor causing increased AFP level (p = 0.01), tumors size ≥ 5 cm having a 2.12 times higher than tumors size < 5 cm with a 95% confidence interval (1.19 - 3.77). There were 77.6% of HBsAg (+) cases and 3.1% of HCVAb (+) cases. Poorly differentiated HCC in the increased AFP group (33.1%) was higher than that in the normal AFP group (18.2%). **Conclusion:** There was no difference in AFP level between the group with hepatitis B,C and the normal group. Tumor size was a factor causing increased AFP level. AFP level was not specific for diagnosing HCC. It was necessary to combine other factors, such as imaging and hepatitis, to confirm the HCC diagnosis.

Keywords: AFP; HCC, Liver resection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là bệnh lý ác tính nguyên phát của gan. Theo tổ chức nghiên cứu ung thư toàn cầu (GLOBOCAN) năm 2020, ở Việt Nam, HCC là ung thư phổ biến hàng đầu cả về số ca mới mắc (26418 ca) và tử vong (chiếm 20.6% tổng số các loại ung thư) [1]. Tỷ lệ mắc ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) đang gia tăng trên toàn thế giới, phần lớn là do virus viêm gan B (HBV), virus viêm gan C và xơ gan. Hiện nay, nhiều dấu ấn sinh học đã được nghiên cứu ở bệnh nhân HCC như Alpha-Fetoprotein (AFP), AFP L3, PVIKA II,... Tuy nhiên AFP vẫn là xét nghiệm miễn dịch được chấp nhận và sử dụng rộng rãi nhất đối với ung thư biểu mô tế bào gan kể từ khi được phát hiện cách đây hơn 60 năm. AFP là protein huyết tương có nồng độ cao trong máu thai nhi; thông thường, một protein AFP sẽ được tạo ra bởi các tế bào gan chưa trưởng thành trong bào thai. Các tế bào ung thư được đặc trưng điển hình là các tế bào kém biệt hóa, vì vậy các tế bào này thường vẫn tiếp tục mang các chất chỉ điểm bề mặt (surface markers) tương tự như các chất chỉ điểm được tìm thấy ở bào thai [2]. Mặc dù nồng độ AFP trong huyết thanh không có giá trị đặc hiệu trong chẩn đoán HCC và có thể tăng trong những trường hợp khác như ung thư biểu mô đường mật trong gan, xơ gan, viêm gan mạn, viêm gan cấp,...

Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HCC

của Việt Nam (2020), khi có một trong ba tiêu chuẩn sau: Hình ảnh điển hình của HCC trên CT bụng có cản quang hoặc MRI bụng có tương phản từ + AFP ≥ 400 ng/ml; Hình ảnh điển hình của HCC trên CT bụng có cản quang hoặc MRI bụng có tương phản từ + AFP tăng cao hơn bình thường (nhưng chưa đến 400 ng/ml) + có nhiễm HBV và/hoặc HCV; giải phẫu bệnh lý là HCC thì bệnh nhân được chẩn đoán HCC [3].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

228 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do HCC (giải phẫu bệnh sau mổ là HCC) bao gồm (47 ca cắt gan phân thùy trước, 33 ca cắt gan phân thùy sau, 38 ca cắt gan trung tâm và 110 ca cắt gan phải theo giải phẫu) tại khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K trong thời gian từ năm 2019 đến năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do HCC không có huyết khối tĩnh mạch cửa, không có di căn ngoài gan.
- Giải phẫu bệnh mô: HCC.
- Có bệnh án ghi chép đầy đủ chỉ tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

228 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do HCC tại bệnh viện K cho kết quả như sau:

Bảng 1: Các chỉ tiêu chung

Chỉ số nghiên cứu		Kết quả	
Tuổi		56.09 ± 12.11 (19 – 85)	
Chỉ số nghiên cứu	Tần số	Tỉ lệ	
Giới tính	Nam	206	90.4
	Nữ	22	9.6
Yếu tố nguy cơ	HBsAg (+)	177	77.6
	HCVAb (+)	7	3.1

Nhận xét: Tuổi trung bình: 56.09 ± 12.11. Tỉ lệ nam:nữ là 9.4:1, 77.6% trường hợp HBsAg(+), 3.1% trường hợp HCVAb (+).

Bảng 2: Chỉ số AFP

AFP	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Bình thường (< 20)	77	33.8
Tăng (≥ 20)	151	66.2
Trung bình (ng/ml)	130.50 ± 4629.60 (1.54 – 42869)	

Nhận xét: Có 33.8% AFP trong giới hạn bình thường và 66.2% tăng AFP. Trung vị AFP: 130.50 ± 4629.60 (1.54 – 42869)

Bảng 3: AFP và viêm gan

Viêm gan	Chỉ số nghiên cứu				Tổng	P
	AFP Bình thường (n<20)		Tăng (n≥20)			
	n	%	n	%		
Có	58	75.3	125	82.8	183	p =

Không	19	24.7	26	17.2	45	0.181
Tổng	77	100	151	100	228	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về sự tăng AFP giữa nhóm có viêm gan B, C và nhóm không viêm gan ($p = 0.181$).

Bảng 4: AFP và kích thước u gan

Kích thước khối u	AFP Bình thường (n<20)		Tăng (n≥20)		Tổng	p	OR
	n	%	n	%			
≥ 5cm	43	55.8	110	72.8	153	0.01	2.12(95% CI=1.19 - 3.77)
< 5cm	34	44.2	41	27.2	75		
Tổng	77	100	151	100	228		

Nhận xét: Kích thước khối u là yếu tố gây tăng AFP ($p = 0.01$), với $u \geq 5\text{cm}$ có nguy cơ tăng AFP cao gấp 2.12 lần so với $u < 5\text{cm}$ với khoảng tin cậy 95% (1.19 – 3.77).

Bảng 5: AFP và độ biệt hóa giải phẫu bệnh (GPB)

Chỉ số nghiên cứu					
Mức độ biệt hóa trên GPB	AFP Bình thường (n<20)		Tăng (n≥20)		Tổng
	n	%	n	%	
Độ 1 (biệt hóa cao)	8	10.4	4	2.6	12
Độ 2 (biệt hóa vừa)	54	70.1	97	64.2	151
Độ 3 (biệt hóa kém)	14	18.2	50	33.1	64
Độ 4 (không biệt hóa)	1	1.3	0	0	1
Tổng	77	100	151	100	228

Nhận xét: Tỷ lệ HCC biệt hóa vừa cao nhất ở cả hai nhóm tăng AFP và AFP bình thường. Tỷ lệ HCC biệt hóa kém ở nhóm AFP tăng (33.1%) cao hơn so với ở nhóm bệnh nhân AFP bình thường (18.2%).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 56.09 tuổi, trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 19 tuổi, bệnh nhân cao nhất là 85 tuổi. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc ung thư gan tăng theo độ tuổi, thường gặp ở người lớn tuổi do thời gian nhiễm bệnh lâu ngày (viêm gan B, uống rượu) có nhiều nguy cơ dẫn đến xơ gan và là yếu tố thuận lợi để phát triển thành ung thư gan, ngoài ra sự suy giảm thể tích gan, lưu lượng máu của tĩnh mạch cửa và khả năng tái tạo gan sau phẫu thuật ở bệnh nhân cao tuổi là một trong các yếu tố nguy cơ sau phẫu thuật [4]. Nghiên cứu này có 77.6% trường hợp HBsAg(+), 3.1% trường hợp HCVAb(+). Nguy cơ mắc ung thư biểu mô tế bào gan ở người nhiễm HBV bị ảnh hưởng bởi các yếu tố liên quan đến virus, vật chủ, chế độ ăn uống và lối sống. Trong số các bệnh nhân HCC liên quan đến HBV, xơ gan không xuất hiện

ở một phần ba số bệnh nhân. Điều này trái ngược với các bệnh lý gan do nguyên nhân khác, trong đó xơ gan là nguyên nhân gây bệnh gan với mô bệnh học chiếm đa số (80%). Đồng nhiễm với các virus đặc hiệu khác ở gan đã được ghi nhận làm tăng nguy cơ mắc HCC: virus viêm gan C mãn tính (HCV) virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV), viêm gan virus D (HDV) [5]. Theo Hướng dẫn của Bộ Y tế, đối tượng nguy cơ được chia thành 2 nhóm. Nhóm đối tượng nguy cơ cao gồm: nhiễm HBV/HCV mạn tính, xơ gan không liên quan đến nhiễm virus viêm gan. Nhóm đối tượng nguy cơ rất cao gồm: xơ gan liên quan đến viêm gan do virus. Nhóm nguy cơ cao nên được tầm soát ung thư gan 6 tháng/lần, nhóm nguy cơ rất cao nên được tầm soát 3 tháng/lần bằng siêu âm bụng, xét nghiệm AFP/AFP-L3/PIVKA. Nếu phát hiện tổn thương nghi ngờ HCC trên siêu âm và/hoặc tăng giá trị các chỉ dấu sinh học thì nên chụp CT ổ bụng có thuốc cản quang hoặc MRI ổ bụng có chất tương phản từ [3].

Nghiên cứu này có 33.8% AFP trong giới hạn bình thường, chỉ có 66.2% AFP tăng. Như vậy, mặc dù là một trong ba tiêu chuẩn để chẩn đoán HCC của Bộ Y Tế, tuy nhiên độ đặc hiệu của AFP không cao (Bảng 2). Một số nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự như Wang X (2017), độ nhạy của AFP là 64,6% và độ đặc hiệu là 73,3% ở điểm cắt 17,56 ng/mL. Cùng năm 2017, nghiên cứu của Park SJ và các cộng sự cho kết quả độ nhạy của AFP là 68,35% và độ đặc hiệu là 81,82% ở điểm cắt 10 ng/mL [6]. Như vậy, nồng độ AFP trong huyết thanh không có giá trị đặc hiệu trong chẩn đoán HCC, vì AFP cũng có thể tăng trong những trường hợp khác: ung thư biểu mô đường mật trong gan, xơ gan, viêm gan mạn và viêm gan cấp...mặc dù vậy, AFP có giá trị tiên lượng và đánh giá kết quả điều trị cũng như theo dõi tái phát ở nhóm bệnh nhân tăng AFP trước phẫu thuật [2]. Nghiên cứu của Giorgio Ercolani năm 2003 cho kết quả thời gian sống thêm không bệnh sau 3 năm và 5 năm ở những bệnh nhân AFP < 20 ng/ml là 59% và 37%, tương tự nhóm AFP > 20 ng/ml lần lượt là 48% và 23%. Tác giả chỉ ra rằng tỷ lệ sống thêm không bệnh tăng lên đáng kể ở những bệnh nhân đơn u, khối u có vỏ rõ, không có thâm nhiễm tĩnh mạch cửa và nồng độ aminotransferase thấp [7]. Nghiên cứu của Fabrice Muscari năm 2020 cho kết quả tương tự với thời gian sống thêm không bệnh giữa ba nhóm AFP (AFP < 20, 20 – 400, >400) lần lượt là 55.6; 25; 8.4 tháng ($p < 0.001$) [8]. Như vậy

AFP có giá trị theo dõi kết quả điều trị sau phẫu thuật và thời gian sống thêm không bệnh, nhất là với các trường hợp AFP > 400 ng/ml. Trong nghiên cứu của tác giả, không có trường hợp nào sống thêm sau 4 năm trong số những bệnh nhân có nhiều hơn một tổn thương khi phẫu thuật. Do đó, bệnh nhân có HCC đa ổ nên lựa chọn các phương pháp điều trị khác ngoài phẫu thuật, như tiêm ethanol, thuyên tắc động mạch hoặc ghép gan. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, viêm gan không phải yếu tố gây tăng AFP. Trong nhóm bệnh nhân có viêm gan, có tới 31.7% AFP trong giới hạn bình thường (tương đương 25.4% trong toàn bộ nhóm nghiên cứu 58/228 ca). Những trường hợp này chúng tôi vẫn quyết định mổ mặc dù AFP không tăng do bệnh nhân có hình ảnh học trên phim CT/MRI điển hình của HCC và có viêm gan. Trên thực tế có nhiều bệnh nhân, thậm chí nhân viên y tế đã dựa vào chỉ số AFP để tầm soát và chẩn đoán ung thư gan, vì vậy có những bệnh nhân hình ảnh trên phim CT, MRI điển hình, kèm theo có mức viêm gan B, C nhưng vì AFP bình thường nên tự theo dõi, dẫn đến sau một thời gian khối u phát triển lan tràn, xâm lấn tĩnh mạch cửa,... không còn chỉ định phẫu thuật. Cũng trong nghiên cứu của Giorgio Ercolani năm 2003, tỷ lệ tái phát sau 3 năm ở những bệnh nhân AFP > 20 ng/ml là 44% cao hơn nhóm AFP < 20 ng/ml là 27% và ở thời điểm sau 5 năm lần lượt là 61% và 45%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó theo tác giả, các yếu tố có ảnh hưởng đến tiên lượng tái phát là: số lượng khối u, tình trạng khối u có vỏ hay không có vỏ, xâm lấn mạch [7]. Chúng ta có thể thấy, nồng độ AFP cao chỉ là một trong các yếu tố nguy cơ của tái phát ung thư gan, có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng khác như kích thước u, số lượng u, nhân vệt tinh, xâm nhập mạch, huyết khối tĩnh mạch cửa, xơ gan. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ có mắc viêm gan B, C ở bệnh nhân được phẫu thuật chiếm trên 80%, cần nghiên cứu thêm các yếu tố ảnh hưởng khác đến tái phát sau phẫu thuật.

Nghiên cứu của Yamamoto và cộng sự năm 2010 cho thấy có sự tương quan một cách có ý nghĩa về AFP ($p < 0.05$) khi kích thước khối u tăng và khi khối u xâm lấn mạch máu. Trần Thị Thu Thảo năm 2023 ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ AFP, AFP-L3% theo phân nhóm kích thước u cụ thể như sau: nhóm u có kích thước lớn > 5 cm có trung vị AFP, AFP-L3% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm u kích thước < 2 cm và nhóm u 2-5 cm, tác giả

cũng ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ AFP, AFP-L3% theo số lượng u cụ thể nhóm có số lượng ≥ 2 u có trung vị AFP, AFP-L3% cao hơn so với nhóm chỉ có 1 u, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự: kích thước khối u là yếu tố gây tăng AFP ($p = 0.01$), với $u \geq 5$ cm có nguy cơ tăng AFP cao gấp 2.12 lần so với $u < 5$ cm với khoảng tin cậy 95% (1.19 – 3.77).

Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ HCC biệt hóa vừa cao nhất ở cả hai nhóm tăng AFP và AFP bình thường lần lượt là 70.1% và 64.2%. Năm 2007 Koichi Oishi thông báo nghiên cứu gồm 354 trường hợp HCC được phẫu thuật và dựa vào mức độ biệt hóa của tế bào u trên giải phẫu bệnh: tỉ lệ sống thêm 2 năm, 5 năm và 10 năm sau mổ ở nhóm có tế bào biệt hóa thấp và cao lần lượt là 71%, 46%, 39% và 84%, 69%, 42% còn tỉ lệ này ở nhóm có tế bào biệt hóa ở mức trung bình là 82%, 54% và 27%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê [9]. Tuy nhiên tác giả Sumihito Tamura nghiên cứu gồm 53 trường hợp phẫu thuật cắt gan điều trị HCC cho thấy tỉ lệ tử vong do tái phát sau mổ ở nhóm tế bào kém biệt hóa là 60%, tỉ lệ này ở nhóm mức độ biệt hóa vừa và cao là 21%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [10]. Nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm bệnh nhân tăng AFP có tỉ lệ HCC biệt hóa kém là 33.1% cao hơn hẳn so với nhóm bệnh nhân AFP không tăng là 18.2%. Cần nghiên cứu thêm về mối liên quan giữa độ biệt hóa mô bệnh học, nồng độ AFP trước mổ và các yếu tố ảnh hưởng để đánh giá chính xác mối liên hệ và tác động của mô bệnh học đến nồng độ AFP.

V. KẾT LUẬN

Không có sự khác biệt về sự tăng AFP giữa nhóm có viêm gan B, C và nhóm không viêm gan. Kích thước khối u là yếu tố gây tăng AFP. Nồng độ AFP không đặc hiệu để chẩn đoán HCC, cần kết hợp các yếu tố khác như hình ảnh học, viêm gan để khẳng định chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN**, 2020.
2. **Galle, P.R., et al.**, Biology and significance of alpha-fetoprotein in hepatocellular carcinoma. *Liver Int*, 2019. 39(12): p. 2214-2229.
3. **Bộ.Y.Tế.**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. 2020.
4. **Rungsakulkij, N.**, Prognostic factors in patients with HBV-related hepatocellular carcinoma following hepatic resection.
5. **Pham The Anh, T.H.P.**, Một số đặc điểm nhiễm viêm gan Virus B, C trên bệnh nhân cắt gan do HCC tại Bệnh viện K. 2024.
6. **Thào, T.T.T.**, Nghiên cứu giá trị các xét nghiệm

- alpha-fetoprotein (AFP), AFP-L3% và desgamma carboxyprothrombin (DCP) trong chẩn đoán bệnh ung thư biểu mô tế bào gan. 2023.
7. **Giorgio Ercolani, M., * Gian Luca Graz,** Liver Resection for Hepatocellular Carcinoma on Cirrhosis.
 8. **Fabrice Muscari, C.M.,** Preoperative alpha-fetoprotein (AFP) in hepatocellular carcinoma (HCC): is this 50-year biomarker still up-to-date? 2020.
 9. **Oishi, K., et al.,** Clinicopathologic features of poorly differentiated hepatocellular carcinoma. J Surg Oncol, 2007. 95(4): p. 311-6.
 10. **Tamura, S., et al.,** Impact of histological grade of hepatocellular carcinoma on the outcome of liver transplantation. Arch Surg, 2001. 136(1): p. 25-30; discussion 31.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN VÀ CUỐN MŨI TRÊN BỆNH NHÂN CÓ BỆNH LÝ DỊ HÌNH VÁCH NGĂN HỐC MŨI TẠI BỆNH VIỆN 19-8

Nguyễn Đình Trường¹, Nguyễn Thị Kim Anh¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Dị hình vách ngăn hốc mũi là bệnh lý hay gặp trên lâm sàng trong chuyên ngành Tai Mũi Họng, gây ảnh hưởng đến chức năng mũi xoang của người bệnh. Phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất đối với dị hình vách ngăn hốc mũi. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh lý dị hình vách ngăn hốc mũi qua nội soi và CLVT. Đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn và cuốn mũi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp trên nhóm 32 bệnh nhân được chẩn đoán là DHVN hốc mũi. Đánh giá triệu chứng cơ năng, hình thái DHVN qua nội soi và CLVT. Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật CHVN hốc mũi. **Kết quả:** Triệu chứng hay gặp trong DHVN hốc mũi là ngạt mũi, chảy mũi và hắt hơi. DHVN vùng 4,5 chiếm 78,2%, mào VN chiếm 50%, sau phẫu thuật đạt hiệu quả tốt với triệu chứng cơ năng 90,6% và hình thái DHVN phục hồi 100%. **Kết luận:** Phẫu thuật CHVN hốc mũi cải thiện tốt các bất thường về cấu trúc và chức năng của DHVN hốc mũi.

Từ khóa: Dị hình vách ngăn hốc mũi, phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFICACY OF SEPTOPLASTY AND TURBINATE SURGERY IN PATIENTS WITH DEVIATED NASAL SEPTUM DEFORMITY AT 19-8 HOSPITAL

Introduction: Deviated nasal septum deformity is a commonly encountered. Clinical condition in the otolaryngology specialty, impacting the nasal sinus function of affected individuals. Surgery remains the sole therapeutic intervention for deviated nasal septum deformity. **Objective:** Describe the clinical characteristics of deviated nasal septum deformity through endoscopy and computed tomography

imaging. Evaluate the outcomes of septoplasty and turbinate surgery in patients with deviated nasal septum deformity. **Subject and method:** a case by case descriptive study with intervention on 32 patients had diagnosed deviated nasal septum deformity. Symptoms, characteristics of deviated nasal septum deformity through endoscopy and computed tomography imaging. Evaluation of the Efficacy of septoplasty and turbinate surgery. **Results:** common symptoms observed in deviated nasal septum deformity included nasal congestion, rhinorrhea and sneezing. Deviation in the region of nasal septum zones 4,5 accounting for 78,2%. Septal spur deformity accounting for 50%. Post – surgery, a favorable outcome was achieved with 90,6% improvement in functional symptoms and 100% restoration of morphological deviation in the nasal septum. **Conclusion:** Septoplasty and turbinate surgery effectively ameliorate structural abnormalities and functional impairments associated with deviated nasal septum deformity. **Keywords:** deviated nasal septum deformity, endoscopic septoplasty surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hốc mũi có chức năng lọc, sưởi ấm và làm ẩm không khí ở thì hít vào, có chức năng ngửi, tham gia vào phát âm, cùng các xoang đóng vai trò là bộ cộng hưởng âm thanh[1] vì vậy dị hình vách ngăn hốc mũi có thể tạo ra những triệu chứng khác nhau tùy thuộc vào vị trí và kích thước. Khi vách ngăn hốc mũi không thẳng làm thay đổi về khí động học của luồng không khí lưu thông có thể gây ra những triệu chứng, thường gặp nhất là ngạt mũi, ngứa, nhức đầu, chảy mũi, hắt hơi, giảm khứu giác, chảy máu mũi[1]. Trên thế giới DHVN gặp phổ biến trong chuyên ngành Tai mũi họng, theo thống kê ở Mỹ tần suất dị hình vách ngăn từ 4-5%[2], ở Ba Lan chiếm 14,3%, ở Phần Lan trong một nghiên cứu ở tuổi học sinh dị hình vách ngăn chiếm tỷ lệ 9,5%[3]. Phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất đối với dị hình vách ngăn hốc mũi nhằm cải thiện chức năng và hình thái của các DHVN hốc

¹Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Trường

Email: drtruong198@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.12.2023

Ngày duyệt bài: 22.01.2024