

tiếp đến là hoang tưởng bị chi phối (48,78%). Cũng như hoang tưởng thì bệnh nhân có hai loại ảo giác chiếm 475,12% và ảo thanh bình phẩm chiếm tỷ lệ lớn nhất (68,29%), tiếp đến là ảo thanh xui khiến (32,93%) và ảo thanh đàm thoại (19,51%), ngoài ra đa số là ảo thanh giả.

Rối loạn chú ý thể hiện rõ là di chuyển chú ý (63,41%) và rối loạn tập trung chú ý (40,24%). Còn rối loạn trí nhớ thì trí nhớ bằng hình ảnh và trí nhớ xa là gặp nhiều nhất lần lượt là 48,78% và 46,34%. Chức năng điều hành của bệnh nhân rối loạn rõ rệt ở tư duy trừu tượng (82,93%), giải quyết công việc (68,29%). Tái hòa nhập cộng đồng ở bệnh nhân cũng được thể hiện ở các khía cạnh bị rối loạn nhận thức với trung bình khía cạnh bị rối loạn là  $7,71 \pm 3,27$ .

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Mạnh (2008)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid và kết quả điều trị bằng Chlorpromazine, Haloperidol", Luận văn tiến sỹ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
2. **Bùi Quang Huy, Đinh Việt Hùng, Phùng Thanh**

**Hải (2016)**, "Tâm thần phân liệt", Tâm thần phân liệt nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị, NXB Y học, Hà Nội, 7-118.

3. **Nguyễn Thanh Bình (2010)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả nồng độ Dopamin huyết thanh ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid", Luận văn tiến sỹ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
4. **Đinh Việt Hùng (2020)**, "Nghiên cứu đặc điểm điện não đồ và một số đa hình trên gen COMT, ZNF804A ở bệnh nhân tâm thần phân liệt", Luận văn tiến sỹ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
5. **Fisekovic S., Memic A. and Pasalic A. (2012)**, "Correlation between moca and mmse for the assessment of cognition in schizophrenia", Acta Inform Med; 20(3): 186-189.
6. **Berna F., Potheegadoo J., Allé M.C. et al. (2017)**, "Autobiographical memory and self-disorders in schizophrenia", Encephale; 43(1): 47-54.
7. **Mak M., Tyburski E., Starkowska A., et al. (2019)**, "The efficacy of computer-based cognitive training for executive dysfunction in schizophrenia", Psychiatry Res; 279: 62-70.
8. **Bora E. (2016)**, "Differences in cognitive impairment between schizophrenia and bipolar disorder: Considering the role of heterogeneity", Psychiatry Clin Neurosci; 70(10): 424-433.

## ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI ĐƠN VỊ UNG THƯ GAN MẬT VÀ GHÉP GAN - KHOA NGOẠI GAN MẬT TỤY BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Trần Quang Tú<sup>1</sup>, Trần Công Duy Long<sup>2</sup>, Đỗ Thị Hồng Tươi<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) đang là loại ung thư dẫn đầu cả về tỷ lệ mới mắc và tử vong tại Việt Nam hiện nay. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm bệnh lý và kết quả xét nghiệm trên bệnh nhân HCC. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang tiến cứu, ghi nhận các đặc điểm bệnh lý và xét nghiệm của 220 bệnh nhân HCC nhập viện điều trị tại Đơn vị Ung thư gan mật và ghép gan, Khoa Ngoại Gan – Mật – Tụy, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Bệnh nhân nam chiếm đa số, tỷ lệ mắc HCC tăng theo độ tuổi với 39,4% bệnh nhân nam ở độ tuổi 61-70 và 44,0% bệnh nhân nữ trên 70 tuổi. Đa phần bệnh được phát hiện ở giai đoạn A-B, trong đó nữ có xu hướng phát hiện bệnh sớm hơn (56,0% giai đoạn A) so với nam (51,2% giai đoạn B). Các yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ

cao là viêm gan (87,7%) (chủ yếu là viêm gan B chiếm 65,5%) và uống rượu (69,5%). Kích thước u hay gặp là 3-5 cm (46,4%), khối u thường xuất hiện bên gan phải (55,5%). Giá trị trung bình các xét nghiệm về tổn thương gan (GOT, GPT, GGT) và các chỉ dấu ung thư gan (AFP, % AFP-L3, PIVKA-II) đều cao hơn so với ngưỡng bình thường. Tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ nhất định các bệnh nhân mắc HCC nhưng chỉ dấu ung thư gan bình thường. **Kết luận:** Có sự phân hóa bệnh nhân HCC theo giới tính, độ tuổi và giai đoạn bệnh. Viêm gan và rượu là hai yếu tố nguy cơ chính của HCC. Các xét nghiệm phản ánh tình trạng có tổn thương gan và một số chức năng của gan bị ảnh hưởng, tuy nhiên vẫn có một số bệnh nhân HCC nhưng chỉ dấu ung thư gan bình thường.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, HCC, đặc điểm, viêm gan, AFP, PIVKA-II.

### SUMMARY

**CHARACTERISTICS OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS AT THE UNIT OF HEPATOBILIARY CANCER AND LIVER TRANSPLANT – HBP SURGERY DEPARTMENT IN THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY**

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hồng Tươi

Email: hongtuoit@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.6.2021

Ngày duyệt bài: 13.7.2021

**Background:** In Viet Nam, hepatocellular carcinoma (HCC) is currently the type of cancer leading in both incidence and mortality rates. **Objectives:** To determine the pathological characteristics and test results of HCC patients. **Materials and methods:** This prospective cross-sectional study recorded the pathological characteristics and test results of 220 HCC patients hospitalized for inpatient treatment at the Unit of Hepatobiliary cancer and Liver transplant – HBP surgery department, the University Medical Center Ho Chi Minh city from October 2020 to April 2021. **Results:** Male patients accounted for the majority, the incidence of HCC increased with age, with 39.4% male patients between 61-70 years old and 44.0% female patients over 70 years old. Most HCC patients were detected at stages A-B, in which women tend to detect HCC earlier (56.0% stage A) than men (51.2% stage B). The risk factors accounting for a high proportion were hepatitis (87.7%) (mainly hepatitis B accounting for 65.5%), and alcohol consumption (69.5%). The common tumor size was 3-5 cm (46.4%), tumors usually appear on the right liver (55.5%). The mean values of liver damage tests (GOT, GPT, GGT), and liver cancer markers (AFP, % AFP-L3, PIVKA-II) were all higher than normal values. However, there was still a certain percentage of patients with HCC but normal liver cancer markers. **Conclusion:** There is a division of HCC patients by sex, age, and disease stage. Hepatitis and alcohol are the two main risk factors for HCC. The test results reflect liver damage and some liver functions are affected, but some patients with HCC still have liver cancer markers that are normal. **Keywords:** Hepatocellular carcinoma, HCC, characteristics, hepatitis, AFP, PIVKA-II.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan nguyên phát là một trong những bệnh lý ác tính gây tỷ lệ tử vong cao trên thế giới, với khoảng 830.000 ca tử vong trong năm 2020, trong đó chủ yếu là HCC (75-85%). Đây là loại ung thư phổ biến nhất tại các quốc gia Đông Á, Đông Nam Á và Tây-Bắc Phi<sup>(1)</sup>. Các yếu tố nguy cơ chính của HCC là viêm gan B (HBV), viêm gan C (HCV), rượu, bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) và nhiễm độc tố aflatoxin có trong nấm mốc<sup>(2)</sup>. Bên cạnh các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại như chụp cắt lớp vi tính (CT-Scan), cộng hưởng từ hạt nhân (MRI), cộng hưởng từ với chất tương phản đặc hiệu (MRI-Primovist), các chỉ dấu sinh học ung thư gan cũng đang góp phần quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng HCC bao gồm AFP, % AFP-L3 và PIVKA-II. Tuy nhiên các xét nghiệm chỉ dấu ung thư gan vẫn có một tỷ lệ âm tính giả khá cao<sup>(3)</sup>, nên cần phối hợp nhiều phương pháp trong chẩn đoán xác định HCC. Để có cái nhìn tổng quát về đặc điểm những bệnh nhân HCC đến nhập viện điều trị tại Bệnh viện

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Khảo sát một số đặc điểm bệnh lý và kết quả xét nghiệm trên bệnh nhân HCC.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 220 bệnh nhân HCC tại Đơn vị Ung thư gan mật và ghép gan Khoa Ngoại Gan – Mật – Tụy, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 10/2020 đến tháng 04/2021.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định HCC trên hồ sơ bệnh án, không mắc các bệnh lý cấp tính nào khác nguy hiểm đến tính mạng, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh nhân có ung thư gan di căn từ nơi khác.

### Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu.

**Cỡ mẫu:** Tất cả bệnh nhân HCC thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ đến điều trị tại Đơn vị Ung thư gan mật và ghép gan Khoa Ngoại Gan – Mật – Tụy, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ chí Minh trong khoảng thời gian từ tháng 10/2020 đến tháng 04/2021.

**Xử lý và phân tích số liệu:** Sử dụng phần mềm Microsoft Excel của Office 365 và phần mềm SPSS phiên bản 20 để xử lý và phân tích số liệu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Độ tuổi trung vị của mẫu nghiên cứu là 63,5 (55,0 – 71,0), trong đó bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 26 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 92 tuổi. Phần lớn bệnh nhân là nam giới, 77,3% là nam giới, còn lại 22,7% là nữ giới. Số lượng bệnh nhân HCC tăng theo độ tuổi ở cả hai giới. Độ tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai giới (59,4% ở nam giới và 72,0% ở nữ giới). Riêng ở nhóm bệnh nhân nam, độ tuổi trong khoảng 61-70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (39,4%), trong khi đối với nhóm bệnh nhân nữ độ tuổi thường gặp HCC cao hơn so với nam giới, ở nhóm trên 70 tuổi, chiếm tỷ lệ 44,0% (Bảng 1).

**Bảng 1.** Phân bố tuổi và giới tính bệnh nhân

Độ tuổi	Nam		Nữ	
	n	%	n	%
< 30	01	0,6	0	0,0
30 - 40	05	2,9	0	0,0
41 - 50	22	12,9	7	14,0
51 - 60	41	24,1	7	14,0
61 - 70	67	39,4	14	28,0
> 70	34	20,0	22	44,0
<b>Tổng</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Phân độ BCLC trên bệnh nhân HCC có sự tương đồng giữa hai giới nam và nữ, chủ yếu gặp nhiều ở giai đoạn sớm (A) và giai đoạn trung gian (B) của bệnh. Nữ giới có xu hướng phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm (56,0% ở giai đoạn A), trong khi nam giới có xu hướng phát hiện bệnh ở giai đoạn trung gian (51,2% ở giai đoạn B). Các giai đoạn bệnh thường gặp trên bệnh nhân nam lần lượt là giai đoạn B2 (32,4%), A1 (18,8%) và A4 (15,3%). Ở nữ giới các giai đoạn bệnh thường gặp lần lượt là A1 (26,0%), B2 (20,0%) và A4 (18,0%) (Bảng 2).

**Bảng 2.** Phân độ BCLC theo giới tính bệnh nhân

BCLC	Nam		Nữ	
	n	%	n	%
0	3	1,8	1	2,0
A1	32	18,8	13	26,0
A2	6	3,5	5	10,0
A3	0	0,0	1	2,0
A4	26	15,3	9	18,0
B1	24	14,1	6	12,0
B2	55	32,4	10	20,0
B3	7	4,1	0	0,0
B4	1	0,6	0	0,0
C	16	9,4	5	10,0
<b>Tổng</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Tiền sử bệnh có liên quan đến yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân HCC chiếm tỷ lệ cao nhất là viêm gan (87,7%), trong đó viêm gan siêu vi B (65,5%) có tỷ lệ cao hơn viêm gan siêu vi C (21,8%). Các yếu tố nguy cơ khác lần lượt là uống rượu (69,5%) và gan nhiễm mỡ (20,9%) (Bảng 3).

**Bảng 3.** Đặc điểm tiền sử bệnh liên quan đến yếu tố nguy cơ HCC

Đặc điểm	Số lượng	%
<b>Viêm gan</b>	<b>193</b>	<b>87,7</b>
Viêm gan siêu vi B	144	65,5
Viêm gan siêu vi C	48	21,8
Đồng nhiễm B và C	1	0,5
Không mắc viêm gan	27	12,3
<b>Uống rượu</b>	<b>153</b>	<b>69,5</b>
<b>Gan nhiễm mỡ</b>	<b>46</b>	<b>20,9</b>

Kích thước u trung vị trong mẫu nghiên cứu là 3,6 (2,7 – 5,4) cm, trong đó kích thước u trong khoảng 3-5 cm chiếm tỷ lệ cao (46,4%). Đa phần các khối u nằm bên gan phải (55,5%). Tỷ lệ bệnh nhân có 01 khối u và đa u lần lượt là 47,3% và 43,6% (Bảng 4).

**Bảng 4.** Đặc điểm khối u trên bệnh nhân HCC

Đặc điểm	Số lượng	Mean, Median, %
Kích thước u*	220	4,6 ± 2,95 3,6 (2,7-5,4)

Phân bố kích thước u	< 3 cm	60	27,3
	3 – 5 cm	102	46,4
	> 5 cm	58	26,4
Vị trí u	Gan trái	32	14,6
	Gan phải	122	55,5
	Toàn bộ gan	66	30,0
Số lượng u	01 u	104	47,3
	02 u	20	9,1
	> 03 u	96	43,6

(\*Với những bệnh nhân đa u, kích thước u ghi nhận là kích thước lớn nhất)

Trong mẫu nghiên cứu chúng tôi hầu hết các bệnh nhân HCC đều có bệnh khác mắc kèm (98,6%), trung vị số lượng bệnh mắc kèm là 2,0 (2,0 – 4,0). Trong đó bệnh tăng huyết áp chiếm 42,3% và đái tháo đường chiếm 30,5%. Tỷ lệ bệnh nhân HCC có xơ gan khá cao, chiếm 72,3%. Các đặc điểm về huyết khối tĩnh mạch cửa và sỏi túi mật được ghi nhận chiếm tỷ lệ lần lượt là 10,9% và 14,1% (Bảng 5).

**Bảng 5.** Đặc điểm bệnh lý khác trên bệnh nhân HCC

Đặc điểm	Số lượng	Mean, Median, %
Số lượng bệnh mắc kèm	220	2,8 ± 1,46 2,0(2,0-4,0)
Tăng huyết áp	93	42,3
Đái tháo đường	67	30,5
Xơ gan	159	72,3
Huyết khối tĩnh mạch cửa	24	10,9
Sỏi túi mật	31	14,1

Giá trị trung bình các chỉ số xét nghiệm về tổn thương gan (GOT, GPT, GGT) đều tăng cao hơn so với ngưỡng. Giá trị trung bình của Bilirubin trực tiếp (5,2 µmol/L) cao hơn ngưỡng cho phép là 5 µmol/L, cho thấy chức năng bài tiết của gan đã bị ảnh hưởng. Các chỉ số xét nghiệm về chức năng gan khác vẫn còn trong giới hạn bình thường. Giá trị trung bình các chỉ số xét nghiệm ung thư gan (AFP, % AFP-L3 và PIVKA-II) đều tăng cao hơn so với ngưỡng. Chức năng đông máu nhìn chung vẫn trong giới hạn bình thường, trừ PT là 13,5 giây, cao hơn so với ngưỡng cho phép là 9,4 – 12,5 giây (Bảng 5). Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định các xét nghiệm chỉ dấu ung thư gan như % AFP-L3 và PIVKA-II còn thấp (27,3% và 31,8%) (Bảng 6).

**Bảng 7.** Đặc điểm các chỉ dấu sinh học trên bệnh nhân HCC

Chỉ dấu	Số lượng	%	
AFP	≤ 10 ng/mL	86	45,3
	> 10 ng/mL	104	54,7
<b>Tổng</b>	<b>190</b>	<b>100</b>	

% AFP-L3	< 0,5%	23	38,3
	0,5% – 10%	14	23,3
	>10%	23	38,3
<b>Tổng</b>		<b>60</b>	<b>100</b>

PIVKA-II	≤ 40 mAU/mL	26	37,1
	> 40 mAU/mL	44	62,9
<b>Tổng</b>		<b>70</b>	<b>100</b>

**Bảng 6.** Đặc điểm các xét nghiệm cận lâm sàng trên bệnh nhân HCC

Xét nghiệm (ngưỡng)	n	$\bar{x} \pm SD$ Median(Q1 - Q3)	% chỉ định	Xét nghiệm (ngưỡng)	n	$\bar{x} \pm SD$ Median(Q1 - Q3)	% chỉ định
<b>Xét nghiệm tổn thương gan</b>				<b>Xét nghiệm chỉ dấu ung thư gan</b>			
GOT (< 40 U/L)	218	53,7 ± 61,0 38,0 (27,0-54,3)	99,1	AFP (< 10 ng/mL)	190	1433,3 ± 5371,8 18,3 (4,8-358,8)	86,4
GPT (< 41 U/L)	218	43,0 ± 38,6 33,0 (21,8-49,5)	99,1	% AFP-L3 (0-10%)	60	17,1 ± 22,5 5,6 (0,5-25,5)	27,3
GGT (< 40 U/L)	160	118,8 ± 132,9 74,0 (40,0-146,5)	72,7	PIVKA-II (< 40 mAU/mL)	70	2199,7 ± 7402,2 108,5(24,3-649,8)	31,8
<b>Xét nghiệm chức năng gan</b>				<b>Xét nghiệm chức năng đông máu</b>			
Protein toàn phần (64-83 g/L)	180	75,2 ± 5,3* 75,4 (71,9-78,3)	81,8	PLT (150-450 G/L)	219	193,1 ± 86,7 182,0(135,0-245,0)	99,5
Albumin (35-52 g/L)	217	38,9 ± 4,2 39,5 (36,5-41,9)	98,6	PT(9,4-12,5 giây)	218	13,5 ± 2,4 13,5 (12,1-14,3)	99,1
Ure (10,2-49,7 mg/dL)	167	30,9 ± 11,0 28,8 (23,4-36,6)	75,9	APTT(25,1-36,5 giây)	218	33,7 ± 26,7 30,8 (29,1-32,9)	99,1
Bilirubin toàn phần (< 17 μmol/L)	217	16,2 ± 20,0 12,8 (9,8-16,5)	98,6	Thời gian Thrombin (14-21 giây)	163	17,3 ± 2,1* 17,5 (15,7-18,8)	74,1
Bilirubin trực tiếp (< 5 μmol/L)	206	5,2 ± 17,3 2,6 (1,9-4,6)	93,6	Fibrinogen (2,38-4,98g/L)	198	3,5 ± 1,0 3,3 (2,8-4,0)	90,0

(\*Dữ liệu có phân phối chuẩn)

Số lượng bệnh nhân có kết quả AFP > 10 ng/mL chiếm 54,7% trong tổng số 190 bệnh nhân HCC được ghi nhận có chỉ định xét nghiệm AFP, trong khi giá trị dưới ngưỡng chiếm 45,3%. Giá trị % AFP-L3 chiếm tỷ lệ cao ở các khoảng < 0,5% và > 10%, đều chiếm 38,3% tổng số 60 bệnh nhân được ghi nhận có xét nghiệm % AFP-L3. Số bệnh nhân có giá trị PIVKA-II trên ngưỡng 40 mAU/mL chiếm tỷ lệ cao đến 62,9%, trong khi tỷ lệ giá trị dưới ngưỡng chiếm 37,1% tổng số bệnh nhân HCC được ghi nhận có xét nghiệm PIVKA-II (Bảng 7).

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy HCC thường gặp trên bệnh nhân nam nhiều hơn nữ. Điều này có thể liên quan đến vấn đề sử dụng rượu bia trên nam giới nhiều hơn so với nữ giới. Tỷ lệ mắc bệnh tăng theo độ tuổi, độ tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao ở cả hai giới (59,4% ở nam giới và 72,0% ở nữ giới). Nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương và c.s (2019) tại Bệnh viện Bạch Mai cũng cho thấy số lượng bệnh nhân HCC tăng tỷ lệ thuận với độ tuổi ở cả hai giới, trong đó nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ

lệ cao nhất với 48,9% bệnh nhân nam và 43,2% bệnh nhân nữ<sup>(4)</sup>. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Lê Hữu Phước và c.s (2011) ghi nhận 30 bệnh nhân HCC tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy độ tuổi thường mắc HCC thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, đa phần bệnh nhân ở độ tuổi 40 – 49 (chiếm 50%)<sup>(5)</sup>. Sự khác nhau này có thể do chênh lệch về cỡ mẫu trong nghiên cứu.

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện bệnh ở giai đoạn A và B, trong đó nữ giới có xu hướng phát hiện bệnh sớm hơn nam giới (56,0% nữ giới ở giai đoạn A trong khi 51,2% nam giới ở giai đoạn B). Điều này có thể liên quan đến mức độ quan tâm sức khỏe ở nữ giới tốt hơn so với nam giới và việc tầm soát và khám sức khỏe định kỳ ở nữ thực hiện thường xuyên hơn.

Có rất nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến việc mắc HCC, trong đó có thể kể đến như viêm gan (HBV, HCV), rượu, gan nhiễm mỡ không do rượu, aflatoxin, aristolochic acid, thiếu hụt men alpha 1-antitrypsin,... Trong đó viêm gan, đặc biệt là viêm gan B là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất trên bệnh nhân HCC. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân HCC có nhiễm HBV là 65,5%, cao

hơn so với một số nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của Phạm Thanh Bình và c.s (2018) tỷ lệ bệnh nhân HCC có tiền sử nhiễm HBV được ghi nhận là 60,38%<sup>(6)</sup>, nghiên cứu của Lê Hữu Phước và c.s (2011) tỷ lệ này là 53,3%<sup>(5)</sup>. Tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng rượu bia trong nghiên cứu của chúng cũng khá cao, chiếm 69,5%.

Đặc điểm khối u trên bệnh nhân HCC trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được trung vị kích thước khối u là 3,6 (2,7 – 5,4) cm, trong đó kích thước u trong khoảng 3-5 cm chiếm tỷ lệ cao (46,4%), phần lớn khối u nằm bên gan phải (55,5%). Tỷ lệ bệnh nhân có 1 u và đa u lần lượt là 47,3% và 43,6%. Kết quả này nhìn chung cũng tương tự như ghi nhận của một số tác giả khác. Trong nghiên cứu của Phạm Thanh Bình và c.s (2018) cũng cho thấy bệnh nhân HCC thường có khối u bên gan phải (69,81%), đa số bệnh nhân có 01 khối u (50,94%)<sup>(6)</sup>. Nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên và c.s (2017) cho thấy u gan nằm ở hạ phân thùy VI + VII chiếm tỷ lệ cao nhất (45,7%), kích thước u trên phim CT-Scan chủ yếu > 5 cm (45,7%), bệnh nhân có 01 u chiếm tỷ lệ cao nhất (63%)<sup>(7)</sup>.

Hầu hết những bệnh nhân HCC trong nghiên cứu của chúng tôi đều có bệnh khác mắc kèm (98,6%), trong đó tăng huyết áp và đái tháo đường chiếm tỷ lệ lần lượt là 42,3% và 30,5%. Kết quả này cao hơn so với ghi nhận trong nghiên cứu của Kim và c.s (2019) tỷ lệ bệnh nhân HCC có tăng huyết áp và đái tháo đường lần lượt là 31,7% và 22,3%<sup>(8)</sup>. Do phần lớn bệnh nhân HCC trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm bệnh nhân cao tuổi, đây là những đối tượng có yếu tố nguy cơ cao, hay gặp các bệnh về tim mạch và đái tháo đường. Tỷ lệ bệnh nhân HCC có xơ gan được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao chiếm 72,3%, tương đồng với các nghiên cứu của Kim và c.s (2019) là 73,0%, của Chie và c.s (2015) là 70,8%<sup>(8,9)</sup>. Xơ gan được biết đến như là hậu quả của việc tổn thương gan kéo dài, viêm gan lâu dài không được điều trị triệt để hoặc do các độc tố khác gây ra mà trong đó rượu cũng là một tác nhân phổ biến. Khi gan đã bị xơ hóa kéo dài thì nguy cơ tiến triển đến ung thư là rất cao.

Đặc điểm các kết quả xét nghiệm ghi nhận trên bệnh nhân HCC trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự tổn thương gan, giá trị trung bình các chỉ số xét nghiệm tổn thương gan (GOT, GPT, GGT) đều cao hơn so với giới hạn bình thường. Tuy nhiên đa phần các chỉ số xét nghiệm về chức năng gan và chức năng đông máu nhìn chung vẫn bình thường (trừ giá trị

Bilirubin trực tiếp và giá trị PT cao trên ngưỡng). Trong nghiên cứu của Phạm Thanh Bình và c.s (2018) cũng cho thấy các chỉ số biến đổi nhiều nhất là GOT, GPT, GGT, Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp, trong khi các chỉ số về Protein và Albumin ít biến đổi<sup>(6)</sup>.

Giá trị trung bình các chỉ dấu sinh học ung thư gan (AFP, % AFP-L3 và PIVKA-II) trên những bệnh nhân HCC trong nghiên cứu của chúng tôi đều cao trên mức giới hạn bình thường. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương và c.s (2019)<sup>(4)</sup>. AFP là chỉ dấu sinh học thường được sử dụng nhiều nhất trong HCC (tỷ lệ chỉ định xét nghiệm AFP trong nghiên cứu của chúng tôi là 86,4%), tuy nhiên AFP không đặc hiệu cho HCC vì trong xơ gan, viêm gan, có thai hoặc một số loại ung thư khác (ung thư biểu mô dạ dày, ung thư phổi, ung thư biểu mô tinh hoàn) cũng có giá trị AFP tăng. Hai chỉ dấu ung thư % AFP-L3 và PIVKA-II đặc hiệu cho HCC hơn so với AFP<sup>(10)</sup>. Do đó việc kết hợp cả ba chỉ dấu sinh học ung thư gan sẽ có giá trị tốt hơn góp phần trong việc sàng lọc, chẩn đoán, tiên lượng và đánh giá đáp ứng điều trị trên bệnh nhân HCC. Tuy nhiên tỷ lệ chỉ định các xét nghiệm này trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn khá thấp (27,3% bệnh nhân có xét nghiệm % AFP-L3 và 21,8% bệnh nhân có xét nghiệm PIVKA-II). Điều này có thể liên quan đến các chính sách về bảo hiểm y tế và vấn đề chi phí xét nghiệm trên bệnh nhân. Mặc dù giá trị của các chỉ dấu sinh học đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu, tuy nhiên cần lưu ý rằng vẫn có một tỷ lệ lớn bệnh nhân HCC nhưng các xét nghiệm chỉ dấu sinh học vẫn bình thường (thấp hơn so với ngưỡng). Cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân HCC có các chỉ dấu AFP, % AFP-L3 và PIVKA-II thấp dưới ngưỡng có tỷ lệ khá cao, lần lượt là 45,3%, 61,7% và 37,1%. Do đó, việc các chỉ dấu sinh học này thấp dưới ngưỡng không có giá trị loại trừ HCC, cần phải phối hợp thêm nhiều phương pháp chẩn đoán khác.

## V. KẾT LUẬN

HCC thường gặp ở nam giới, tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi lớn hơn trẻ tuổi, nữ giới có xu hướng phát hiện bệnh sớm hơn. Trong các yếu tố nguy cơ của HCC, viêm gan (đặc biệt là viêm gan B) và rượu là hai yếu tố nguy cơ chủ yếu. Khối u thường gặp bên gan phải. Đa phần bệnh nhân đều có bệnh mắc kèm, bệnh nhân có xơ gan chiếm tỷ lệ cao. Các xét nghiệm về tổn thương gan (GOT, GPT, GGT) và các chỉ dấu sinh học

ung thư gan (AFP, % AFP-L3, PIVKA-II) có giá trị trung bình cao hơn ngưỡng. Các chỉ dấu sinh học ung thư gan không giúp loại trừ HCC, cần phối hợp thêm các phương pháp khác để chẩn đoán xác định.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021).** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249.
2. **Yang, J. D., Hainaut, P., Gores, G. J., Amadou, A., Plymoth, A., & Roberts, L. R. (2019).** A global view of hepatocellular carcinoma: trends, risk, prevention and management. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*, 16(10), 589-604.
3. **Galle, P. R., Foerster, F., Kudo, M., Chan, S. L., Llovet, J. M., Qin, S., ... Zhu, A. X. (2019).** Biology and significance of alpha-fetoprotein in hepatocellular carcinoma. *Liver international: official journal of the International Association for the Study of the Liver*, 39(12), 2214-2229.
4. **Phạm Cẩm Phương, Mai Trọng Khoa và CS. (2019).** Xét nghiệm AFP, AFP-L3 và PIVKA-II huyết thanh ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*. 2019, tr.301-306.
5. **Lê Hữu Phước, Bành Vũ Điền (2011).** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tế bào gan (HCC) tại khoa nghiên cứu và điều trị viêm gan Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. Tập 15(4)-2011: tr.570-572.
6. **Phạm Thanh Bình, Hoàng Thị Minh và CS. (2018).** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ AFP, PIVKA-II ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan. *Tạp chí Y Dược thực hành* 175. Tập 15-2018: tr.60-67.
7. **Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Thị Hồng Lê (2017).** Khảo sát đặc điểm hình ảnh và giá trị của siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Quân Y 4. *Tạp chí Y Dược học quân sự*. Tập 1-2017: tr.105-111.
8. **Kim, G. A., Kim, H. I., Chang, S., An, J., Lee, D., Lee, H. C., Han, S., & Shim, J. H. (2019).** A Prospective Evaluation of the Reliability and Utility of Quality of Life Measures in Patients With Hepatocellular Carcinoma. *American journal of clinical oncology*, 42(7), 555-563.
9. **Chie, W. C., Yu, F., Li, M., Baccaglini, L., Blazeby, J. M., Hsiao, C. F., Chiu, H. C., Poon, R. T., Mikoshiba, N., Al-Kadhimi, G., Heaton, N., Calara, J., Collins, P., Caddick, K., Costantini, A., Vilgrain, V., & Chiang, C. (2015).** Quality of life changes in patients undergoing treatment for hepatocellular carcinoma. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 24(10), 2499-2506.

## ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG THEO THANG ĐO CỦA TRUNG TÂM DINH DƯỠNG TP.HCM ĐỐI VỚI THAI PHỤ ĐẾN SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC PHÍA NAM BÌNH THUẬN

Đỗ Đình Trung<sup>1</sup>, Lê Văn Huỳnh<sup>1</sup>, Tô Mai Xuân Hồng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Chế độ dinh dưỡng đầy đủ và đúng cách trong quá trình mang thai có vai trò quan trọng trong sự phát triển và tăng trưởng của thai nhi. Nghiên cứu tiến hành nhằm xác định tỷ lệ dinh dưỡng kém bằng thang đo dinh dưỡng của Trung tâm dinh dưỡng TPHCM. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang từ 01/11/2020 đến 31/05/2021. Sử dụng bảng thang đo dinh dưỡng của Trung tâm dinh dưỡng TPHCM trên 330 thai phụ đến sinh tại bệnh viện đa khoa khu vực Phía Nam Bình Thuận, với điểm cắt bằng 2,0 điểm để xác định thai phụ có nguy cơ dinh dưỡng. **Kết quả:** Thai phụ có nguy cơ dinh dưỡng chiếm 17,0% (KTC 95% 13,3-21,8). Kết cục xấu của mẹ: 2,1% (KTC 95%: 0,6 -

3,9) bao gồm: tiền sản giật/sản giật (1,5%), Bàng huyết (0,6%), nhau bong non (0,6%), nhiễm trùng sau sinh (0,3%). Kết cục xấu của con: 2,4% (KTC95%: 0,9 - 4,2) bao gồm: can thiệp nhi (0,6%), chuyển dưỡng nhi (2,1%), vàng da sau sinh (0,9%), chuyển tuyến điều trị (0,9%). Các thai phụ là người dân tộc thiểu số có nguy cơ gặp bất thường về dinh dưỡng trong thai kỳ cao gấp 4,8 lần (OR=4,8; KTC 95%: 1,01-22,5) so với thai phụ là người Kinh. BMI <18,5 trước khi sinh con làm tăng nguy cơ gặp bất thường về dinh dưỡng gấp 64,1 lần (OR=64,1; KTC 95%: 11,2-368,3). Có mối liên quan giữa kết cục thai kỳ xấu và bất thường dinh dưỡng trong thai kỳ (p<0,05). **Kết luận:** Sử dụng thang đo dinh dưỡng của Trung tâm dinh dưỡng TPHCM với điểm cắt 2,0 điểm giúp sàng lọc đối tượng thai phụ có nguy cơ rối loạn dinh dưỡng trong thai kỳ, và tiên đoán các ảnh hưởng đến sức khỏe cho thai phụ và bé sơ sinh.

**Từ khóa:** thang đo dinh dưỡng, dinh dưỡng trong thai kỳ, kết cục thai kỳ.

### SUMMARY

#### USING THE NUTRITIONAL SCALE OF HOCHIMINH NUTRITIONAL CENTER FOR

<sup>1</sup>Bệnh viện đa khoa khu vực Nam Bình Thuận

<sup>2</sup>Trường đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Tô Mai Xuân Hồng

Email: tomaixuanhong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2021

Ngày duyệt bài: 12.5.2021