

tuần thủ. Có một số yếu tố có sự khác biệt giữa 2 nhóm là tiền sử gia đình có người mắc bệnh ĐTĐ, đi khám đều đặn, lo sợ gặp tác dụng phụ của thuốc và lo sợ gặp biến chứng của bệnh ĐTĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Hằng, Nguyễn Thành Hải, Đỗ Văn Dũng và cộng sự (2017)**, Khảo sát kiến thức và tư vấn cách sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường typ 2 có dạng bào chế đặc biệt tại khoa Nội tiết - Bệnh viện đa khoa Khu vực Phúc Yên, Tạp chí Khoa học ĐHQGHN, **33(2)**, 85–93.
2. **Lê Thị Nhật Lệ (2018)**, Tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan đến bệnh nhân đái tháo đường typ2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2017, Hội nghị khoa học kỹ thuật lần thứ 35.
3. **Nguyễn Hồng Phát, Ngô Thị Kim Cúc, và Trương Việt Thành (2018)**, Đánh giá sự tuân thủ sử dụng thuốc ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế, <[http://www.hnhpa.com/getattachment/86be650e-aed3-4077-b698-4dda62b72bb0/17-Tuan-thu-DTD-T2-Ngo-Thi-Kim-Cuc-\(1\).pdf.aspx](http://www.hnhpa.com/getattachment/86be650e-aed3-4077-b698-4dda62b72bb0/17-Tuan-thu-DTD-T2-Ngo-Thi-Kim-Cuc-(1).pdf.aspx)>.
4. **Vũ Hà Nga Sơn và Phạm Huy Thông (2019)**, Phân tích kiến thức và tuân thủ dùng thuốc trên một số bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Quân Y 354, Tạp chí dược học lâm sàng, 1859–2872.
5. **Lê Thị Uyên, Lê Thu Thủy, Nguyễn Tiến Đạt và cộng sự (2020)**, Ảnh hưởng của can thiệp tập huấn bởi dược sĩ đối với tuân thủ sử dụng thuốc ở người bệnh ngoại trú đái tháo đường typ 2 có bảo hiểm y tế. Tạp chí dược học, **528(60)**, 81–85.
6. **Ashq A., Ashames A., Al-Tabakha M. et al (2021)**, Medication adherence in type 2 diabetes mellitus patients during Covid-19 pandemic: a cross-sectional study from the United Arab Emirates, F1000Res, **10**, 435.
7. **Kang Y. và Hur Y. (2020)**, Medication Adherence and Its Associated Factors in Laotians With Type 2 Diabetes Mellitus. Clin Nurs Res, **29(5)**, 331–338.
8. **Nonogaki A., Heang H., Yi S. et al (2019)**, Factors associated with medication adherence among people with diabetes mellitus in poor urban areas of Cambodia: A cross-sectional study, PLoS One, **14(11)**, e0225000.

ĐẶC ĐIỂM UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN CỦA BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phạm Văn Hùng*, Đoàn Hữu Thiển*

TÓM TẮT

Mở đầu: Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) đang là loại ung thư dân 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 189 đến điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Bệnh nhân nam chiếm đa số, tỷ lệ mắc HCC tăng theo độ tuổi với 41,5% bệnh nhân nam ở độ tuổi 60-69 và 42,5% bệnh nhân nữ ≥ 70 tuổi. Đa phần bệnh được phát hiện ở giai đoạn A-B, trong đó nữ có xu hướng phát hiện bệnh sớm hơn (51,1% giai đoạn A) so với nam (50,0% giai đoạn B). Các yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao là viêm gan (86,8%) (chủ yếu là viêm gan B chiếm 69,3%) và uống rượu (70,9%). Kích thước u hay gặp là 3-5 cm (48,2%), khối u thường xuất hiện bên gan phải (57,7%). 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 HEPATOCYTE EPITHELIUM CANCER OF PATIENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

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 189 HCC patients hospitalized for inpatient treatment at the Hanoi Medical University Hospital from January 2020 to April 2021. **Results:** Male patients accounted for the majority, the incidence of HCC increased with age, with 41.5% male patients between 60-69 years old and 42.5% female patients ≥ 70 years old. Most HCC patients were detected at stages A-B, in which women

*Viện Kiểm định quốc gia Vaccine và Sinh phẩm y tế, Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hùng

Email: hungnicvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.4.2022

Ngày duyệt bài: 13.5.2022

tend to detect HCC earlier (51.1% stage A) than men (50.0% stage B). The risk factors accounting for a high proportion were hepatitis (86.8%) (mainly hepatitis B accounting for 69.3%), and alcohol consumption (70.9%). The common tumor size was 3-5 cm (48.2%), tumors usually appear on the right liver (57.7%). 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 biểu mô tế bào gan (hepatocellular carcinoma - HCC) chiếm từ 75 đến 85% ung thư gan nguyên phát, là một bệnh lý ác tính gây tỷ lệ tử vong cao trên thế giới. Đây là loại ung thư phổ biến nhất tại các quốc gia Đông Á, Đông Nam Á và Tây-Bắc Phi. Các yếu tố nguy cơ chính của HCC bao gồm viêm gan virus B (HBV), viêm gan virus C (HCV), rượu, bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) và nhiễm độc tố aflatoxin có trong nấm mốc.¹

Các chỉ dấu sinh học ung thư gan đang góp phần quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng HCC bên cạnh các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại. Các chỉ dấu đó bao gồm AFP, % AFP-L3 và PIVKA-II.² Tuy nhiên các xét nghiệm chỉ dấu ung thư gan vẫn có một tỷ lệ âm tính giả khá cao, nên cần phối hợp nhiều phương pháp trong chẩn đoán xác định HCC.

Để xác định đặc điểm những bệnh nhân HCC đến nhập viện điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: "*Mô tả đặc điểm ung thư biểu mô tế bào gan của bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2021*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

- Đối tượng nghiên cứu được chọn theo phương pháp thuận tiện. Thực tế có 189 bệnh nhân HCC tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** 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.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian: 1/2021 – 12/2021

- Địa điểm: Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

3.2. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

❖ Nội dung nghiên cứu

- Thông tin chung: Tuổi, giới.

- Phân độ Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC)

- Đặc điểm tiền sử bệnh liên quan.

- Đặc điểm khối u.

- Chỉ dấu sinh học

- Các xét nghiệm cận lâm sàng.

❖ Phương tiện, dụng cụ

- Thu thập thông qua hồ sơ bệnh án.

3.3. Quản lý và xử lý số liệu

- Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phần lớn bệnh nhân là nam giới, 75,1% là nam giới, còn lại 24,9% 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 (56,3% ở nam giới và 70,2% ở nữ giới). Riêng ở nhóm bệnh nhân nam, độ tuổi trong khoảng 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (41,5%), 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 42,5% (Bảng 1).

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới

Tuổi	Nam		Nữ	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
<30	1	0,7	0	0
30-39	6	4,2	1	2,1
40-49	19	13,4	6	12,8
50-59	36	25,4	7	14,9
60-69	59	41,5	13	27,7
≥70	21	14,8	20	42,5
Tổng	142	100	47	100

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 (51,1% ở giai đoạn A), trong khi nam giới có xu hướng phát hiện bệnh ở giai đoạn trung gian (50,0% ở giai đoạn B). Các giai đoạn bệnh thường gặp trên bệnh nhân nam lần lượt là giai đoạn B2 (33,8%), A1 (21,1%), B1 (14,8%) và A4 (14,1%). Ở nữ giới các giai đoạn bệnh thường gặp lần lượt là A1

(23,4%), B2 (23,4%) và A4 (17,1%) (Bảng 2).

Bảng 2. Phân độ Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) theo giới

Tuổi	Nam		Nữ	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
0	2	1,4	1	2,1
A1	30	21,1	11	23,4
A2	5	3,5	4	8,5
A3	1	0,7	1	2,1
A4	20	14,1	8	17,1
B1	21	14,8	6	12,8
B2	48	33,8	11	23,4
B3	1	0,7	1	2,1
B4	1	0,7	0	0
C	13	9,2	4	8,5
Tổng	142	100	47	100

Tiền sử bệnh có liên quan đến yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân HCC chiếm tỷ lệ cao nhất là viêm gan (86,8%), trong đó viêm gan siêu vi B (69,3%) có tỷ lệ cao hơn viêm gan siêu vi C (16,4%). Các yếu tố nguy cơ khác lần lượt là uống rượu (70,9%) và gan nhiễm mỡ (29,6%) (Bảng 3).

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

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ %
Viêm gan	164	86,8
Viêm gan siêu vi B	131	69,3
Viêm gan siêu vi C	31	16,4
Đồng nhiễm B và C	2	1,1
Không mắc viêm gan	25	13,2
Uống rượu	134	70,9
Gan nhiễm mỡ	56	29,6

Kích thước u trong khoảng 3-5 cm chiếm tỷ lệ cao (48,2%). Đa phần các khối u nằm bên gan phải (57,7%). Tỷ lệ bệnh nhân có 01 khối u và đa u lần lượt là 41,8% và 48,1% (Bảng 4).

Bảng 4. Đặc điểm khối u trên bệnh nhân HCC

Đặc điểm	Số lượng	Mean/%
Kích thước u*	189	4,7 ± 3,2
Phân bố kích	<3 cm	53 28,0
	3 - 5 cm	91 48,2

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

Xét nghiệm (ngưỡng)	Số lượng	X ± SD
Xét nghiệm tổn thương gan	GOT (<40 U/L)	185 65,7 ± 36,2
	GPT (<41 U/L)	185 54,9 ± 33,5
	GGT (<40 U/L)	143 131,7 ± 105,6
Xét nghiệm chỉ dấu ung thư gan	AFP (<10 ng/ml)	145 1763,1 ± 1325,5
	% AFP-L3 (0-10%)	53 18,6 ± 17,9
	PIVKA-II (<40 mAU/mL)	64 3157,4 ± 2882,4
Xét nghiệm chức năng gan	Protein (64-83 g/l)	181 74,1 ± 6,8
	Albumin (35-52 g/l)	186 38,5 ± 4,1
	Ure (10,2-49,7 mg/dL)	156 27,6 ± 10,4

thước u	>5 cm	45	23,8
Vị trí u	Gan trái	31	16,4
	Gan phải	109	57,7
	Toàn bộ gan	49	25,9
Số lượng u	1 u	79	41,8
	2 u	19	10,1
	>2 u	91	48,1

(*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. Trong đó bệnh tăng huyết áp chiếm 44,4% và đái tháo đường chiếm 37,6%. Tỷ lệ bệnh nhân HCC có xơ gan khá cao, chiếm 74,6%. Các đặc điểm về huyết khối tĩnh mạch cửa và sỏi túi mật được ghi nhận chiếm tỷ lệ lần lượt là 6,9% và 18,5% (Bảng 5).

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

Đặc điểm	Số lượng	Mean/%
Số lượng bệnh mắc kèm	189	3,1 ± 1,7
Tăng huyết áp	84	44,4
Đái tháo đường	71	37,6
Xơ gan	141	74,6
Huyết khối tĩnh mạch cửa	13	6,9
Sỏi túi mật	35	18,5

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 (5,3 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 dấu 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 13,2 giây, cao hơn so với ngưỡng cho phép là 9,4 – 12,5 giây (Bảng 6). Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định các xét nghiệm chỉ dấu ung thư gan như % AFP-L3 và PIVKA-II còn thấp (28,0% và 33,9%) (Bảng 6).

Xét nghiệm chức năng đông máu	Bil toàn phần (<17 μ mol/l)	178	15,7 \pm 7,1
	Bil trực tiếp (<15 μ mol/l)	178	5,3 \pm 11,7
	PLT (150-450 G/l)	189	190,1 \pm 71,9
	PT (9,4-12,5 s)	189	13,2 \pm 2,1
	APTT (25,1-36,5 s)	189	32,6 \pm 24,5
	Thời gian Thrombin (14-21 s)	176	16,1 \pm 3,2
	Fibrinogen (2,38-4,98 g/l)	187	3,4 \pm 1,1

Số lượng bệnh nhân có kết quả AFP > 10 ng/mL chiếm 53,8% trong tổng số 145 bệnh nhân HCC được ghi nhận có chỉ định xét nghiệm AFP, trong khi giá trị dưới ngưỡng chiếm 46,2%. Giá trị % AFP-L3 chiếm tỷ lệ cao ở các khoảng < 0,5% và > 10%, chiếm 35,9% và 37,7% tổng số 53 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 64,1%, trong khi tỷ lệ giá trị dưới ngưỡng chiếm 35,9% tổng số 64 bệnh nhân HCC được ghi nhận có xét nghiệm PIVKA-II (Bảng 7).

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

Đặc điểm		Số lượng	Mean / %
AFP (n=145)	≤ 10 ng/mL	67	46,2
	>10 ng/mL	78	53,8
% AFP-L3 (n=53)	<0,5 %	19	35,9
	0,5-10%	14	26,4
	>10%	20	37,7
PIVKA-II (n=64)	≤ 40 mAU/mL	23	35,9
	>40 mgAU/mL	41	64,1

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 ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao ở cả hai giới (56,3% ở nam giới và 70,2% ở nữ giới). Nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương và cộng sự (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.³ Tuy nhiên trong nghiên cứu của Lê Hữu Phước và cộng sự (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%).⁴ 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 (51,1% nữ giới ở giai đoạn A trong khi 50,0% 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 69,3%, cao hơn so với một số nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của Phạm Thanh Bình và cộng sự (2018) tỷ lệ bệnh nhân HCC có tiền sử nhiễm HBV được ghi nhận là 60,38%,⁵ nghiên cứu của Lê Hữu Phước và c.s (2011) tỷ lệ này là 53,3%.⁴ Tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng rượu bia trong nghiên cứu của chúng tôi cũng khá cao, chiếm 69,5%.

Đặc điểm khối u trên bệnh nhân HCC trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được kích thước u trong khoảng 3-5 cm chiếm tỷ lệ cao (48,2%), phần lớn khối u nằm bên gan phải (57,7%). Tỷ lệ bệnh nhân có 1 u và đa u lần lượt là 41,8% và 48,1%. 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 cộng sự (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%).⁵ 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 CTScan chủ yếu > 5 cm (45,7%), bệnh nhân có 01 u chiếm tỷ lệ cao nhất (63%).⁶

Hầu hết những bệnh nhân HCC trong nghiên cứu của chúng tôi đều có bệnh khác mắc kèm, trong đó tăng huyết áp và đái tháo đường chiếm tỷ lệ lần lượt là 44,4% và 37,6%. Kết quả này cao hơn so với ghi nhận trong nghiên cứu của Kim và cộng sự (2019) tỷ lệ bệnh nhân HCC có tăng huyết áp và đái tháo đường lần lượt là 31,7% và 22,3%.⁷ Đồng thời, kết quả này cũng cao hơn so với nghiên cứu của Trần Quang Tú, Trần Công Duy Long, Đỗ Thị Hồng Tươi với tỷ lệ

tăng huyết áp và đái tháo đường lần lượt là 42,3% và 30,5%.⁸ 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 74,6%, tương đồng với các nghiên cứu của Kim và cộng sự (2019) là 73,0%,⁷ của Chie và c.s (2015) là 70,8%(8,9).⁹ 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.⁵

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).³ 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 76,7%), 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. 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 (28,0% bệnh nhân có xét nghiệm % AFP-L3 và 33,9% 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 46,2%, 62,3% và 35,9%. 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. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Trần Quang Tú, Trần Công Duy Long, Đỗ Thị Hồng Tươi (2021) Đặc điểm 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 thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 504. tr.20-25.
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 ĐỘ CHÍNH XÁC VÍT QUA CUỐNG TRONG PHẪU THUẬT TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP PLIF/TLIF CÓ HỖ TRỢ O-ARM

Hoàng Gia Du*, Nguyễn Đức Hoàng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá độ chính xác vít qua cuống trong phẫu thuật trượt đốt sống (TĐS) thắt lưng bằng phương pháp PLIF/TLIF có O-arm hỗ trợ. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 47 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là TĐS thắt lưng, điều trị phẫu thuật trong thời gian nghiên cứu (1/2018-1/2019) tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống - Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Trong 47 đối tượng tham gia nghiên cứu, hơn 1 nửa số BN (53,19%) phải chịu ngưỡng đau chân nhiều hơn 5 điểm. Tổng số vít được bắt là 204 vít. Trong đó, có 40 BN TĐS thắt lưng 1 tầng tương ứng với 160 vít và 6 BN TĐS thắt lưng 2 tầng tương ứng với 36 vít. Thêm nữa, có 1 đối tượng mổ 3 tầng tương ứng số vít là 8 vít. Theo đánh giá độ chính xác của vít đã được bắt trong mổ theo tiêu chuẩn của Gertzbeinn – Robbins chúng tôi có độ chính xác nhóm A là 95,05%, nhóm B là 4,95%. Mỗi mức trượt đều được đặt 1 miếng ghép nhân tạo, có 55 miếng ghép nhân tạo được đặt ở 47 BN. 90,9 % số miếng ghép đạt tiêu chuẩn tốt, 9,1% số miếng ghép đặt vị trí chấp nhận được. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng, việc sử dụng phương pháp phẫu thuật phương pháp PLIF/TLIF có O-arm hỗ trợ cho độ chính xác cao về các vít ốc được vắt.

Từ khóa: vít, độ chính xác, phẫu thuật PLIF/TLIF, trượt đốt sống.

SUMMARY

EVALUATION OF PEDICLE SCREW ACCURACY IN LUMBAR SPONDYLOLISTHESIS BY O-ARM ASSISTED TLIF METHOD

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

Objectives: To evaluate the accuracy of the transpedestal screw-in lumbar spondylolisthesis using the O-arm assisted PLIF/TLIF method. **Methods:** This is a cross-sectional study conducted on 47 patients diagnosed with lumbar spondylolisthesis, surgically treated during the study period (1/2018-1/2019) at the Department of Orthopedic Trauma and Trauma Spine - Bach Mai Hospital. **Results:** In 47 study subjects, more than half of the patients (53.19%) suffered a leg pain threshold of more than 5 points. The total number of screws to be captured is 204 screws. There are 40 patients with 1-stage lumbar spondylolisthesis corresponding to 160 screws and 6 patients with 2-stage lumbar spondylolisthesis corresponding to 36 screws. In addition, there is a 3-stage surgical object corresponding to the number of screws and 8 screws. According to the assessment of the accuracy of screws that have been captured in surgery according to the standards of Gertzbeinn - Robbins, we have the precision of group A is 95.05%, group B is 4.95%. Each level of sliding is placed with 1 artificial graft, and there are 55 synthetic grafts placed in 47 patients. 90.9 % of the pieces met the excellent standard, and 9.1% of the samples had a good position. **Conclusion:** The control study has shown that using the PLIF/TLIF method with O-arm supports the high accuracy of squeezed screws.

Keywords: screw, precision, PLIF/TLIF surgery, spondylolisthesis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ thống O.ARM ra đời và áp dụng trong phẫu thuật cột sống từ năm 2006 trên thế giới, đem lại các thông tin cần thiết cho phẫu thuật viên với độ chính xác và tin cậy rất cao. Tại Việt Nam việc ứng dụng hệ thống O.ARM vào phẫu thuật cột sống được thực hiện đầu tiên tại Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2016. Bước đầu đã đem lại những kết quả rất tốt cho BN. Hiện nay, trên thế giới việc áp dụng hệ thống O.ARM trong phẫu