

**ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG
BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN
NGUYÊN PHÁT ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA UNG BƯỚU
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KON TUM - NĂM 2019.**

ĐINH HỮU HÒA¹, NGUYỄN KHANG CHÍNH¹, TRẦN THỊ HẰNG², NGUYỄN VĂN ĐÔNG¹.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và xác định tỷ lệ nhiễm virus viêm gan trên bệnh nhân ung thư gan nguyên phát tại khoa Ung bướu – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum trong năm 2019.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát (Hepatocellular carcinomar- HCC) vào điều trị tại khoa Ung bướu - Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum từ tháng 1/2019 đến tháng 11/2019

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. .

Kết quả: Tuổi trung bình bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 49 ± 14 , 55% có độ tuổi ≥ 50 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 4/1, 63% bệnh nhân là người đồng bào dân tộc thiểu số ở vùng sâu vùng xa. Đau tức hạ sườn phải (92%), gan lớn (69%) và bụng báng (34%) là các triệu chứng thường gặp. Kết quả CT (hoặc MRI): 90% bệnh nhân trong nghiên cứu này có tình trạng khối u lớn hơn 5cm (chiếm 32%) hoặc có nhiều hơn 3 khối u (chiếm 58%). Kết quả siêu âm: 78% bệnh nhân có 1 khối u kích thước lớn hơn 5cm hoặc có nhiều hơn 3 khối u trong gan, 4 bệnh nhân không phát hiện được u trên siêu âm. Giai đoạn bệnh theo BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer): 77% bệnh nhân ở giai đoạn muộn, 76% bệnh nhân bị nhiễm virus viêm gan.

Kết luận: Đa phần bệnh nhân là nam giới người dân tộc thiểu số, sống ở vùng sâu, vùng xa, thường vào viện ở giai đoạn muộn, 76% nhiễm virus viêm gan.

Từ khóa: Ung thư gan nguyên phát, viêm gan B, viêm gan C

**EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN
PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMAR AT THE ONCOLOGY
DEPARTMENT - KON TUM GENERAL HOSPITAL IN 2019.**

ABSTRACT

Objectives: Our study described epidemiology, clinical and subclinical characteristics and determining the rate of hepatitis virus infection in patients with HCC at the Oncology Department - Kon Tum General Hospital in 2019.

Materials and method: This was a cross-sectional descriptive study. All patients diagnosed with HCC entered The Oncology department from 1/ 2019 to 11/ 2019.

Results: The mean age of patients in the study group was 49 ± 14 ; 55% aged ≥ 50 years. Ratio male / female: 4/1; 63% of the patients are from ethnic minorities in remote areas. Pain (92%), hepatomegaly (69%) and abdominal swelling (34%) are common symptoms. CT results (or MRI): 90% of patients in this study had tumor status greater than 5cm (32%) or more than 3 tumors (58%). Ultrasound results: 78% of patients had 1 tumor larger than 5cm or had more than 3 tumors in the liver, 4 patients could not detect tumors on ultrasound. Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC): 77% of patients in the late stage, 76% of patients are infected with hepatitis virus.

Conclusion: Most of the patients are male from ethnic minorities, living in remote and isolated areas, usually late in hospital admission, 76% infected with hepatitis virus.

Keywords: Hepatocellular Carcinoma, HBV, HCV

¹ BS khoa Ung bướu – BVĐK tỉnh Kon Tum

² CN Điều dưỡng khoa Ung bướu – BVĐK tỉnh Kon Tum

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan là sự phát sinh và phát triển của một khối u ác tính trên nền gan bình thường hoặc gan bệnh lý có sẵn. Ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát rất thường gặp, chiếm 80%-90%, nó thường phát sinh trên nền một gan đã bị tổn thương do một bệnh có sẵn thường là do viêm gan virus, rượu, nhiễm sắc tố sắt... nhất là khi gan đã bị xơ [2],[16],[18]. Ung thư gan nguyên phát có thể xuất phát từ tế bào gan gọi là ung thư biểu mô tế bào gan (Hepatocellular Carcinoma - HCC), chiếm 90% hoặc từ tế bào đường mật trong gan gọi là Cholangiocarcinoma, chiếm 10%. Đây là loại bệnh lý ác tính khá phổ biến của hệ tiêu hóa. Trên thế giới, ung thư biểu mô tế bào gan là bệnh lý ung thư thường gặp, nó đứng hàng thứ 5, nhưng là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ 2, trong số bệnh nhân tử vong liên quan đến các bệnh lý ung thư [12],[16],[19]. Xuất độ thay đổi theo vùng địa lý, hay gặp ở Đông Á và hạ Sahara – Châu Phi là 30-150/100000 dân[5],[6],[16]. Ở Việt Nam, theo ghi nhận của Globocan 2018, trong tổng số 164.671 trường hợp ung thư mới mắc năm 2018, thì ung thư gan đứng hàng đầu với 25.335 trường hợp, chiếm 15,4%, vượt qua cả ung thư phổi, trong đó nam giới chiếm 77% với 19.568 trường hợp. Xuất độ chuẩn theo tuổi ở nam và nữ lần lượt là 39 và 9,5/100.000 dân, xuất độ chung cho cả hai giới là 23,2/100.000 dân, tỷ lệ tử vong là 23,2/100.000 dân, đứng hàng thứ hai trong 10 loại ung thư hay gặp nhất [19].

Phần lớn bệnh nhân ung thư gan phát triển trên nền xơ gan, và có liên quan đến bệnh lý viêm gan do virus viêm gan B(HBV) hoặc do virus viêm gan C (HCV) [2],[16-17]. Tám mươi phần trăm trường hợp ung thư gan mới xảy ra ở các nước đang phát triển, nhưng tỷ lệ này cũng đang tăng dần ở

các nước phát triển. Điều này có liên quan đến sự lan tràn của bệnh viêm gan B và C hiện nay [2],[3],[16].

Nhằm tìm hiểu sơ bộ bệnh nhân bị ung thư gan điều trị tại khoa, qua đó có định hướng trong dự phòng, phát hiện sớm và có kế hoạch phát triển các mô thức điều trị. Xuất phát từ yêu cầu thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và xác định tỷ lệ nhiễm virus viêm gan trên bệnh nhân HCC điều trị tại khoa Ung bướu – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum trong năm 2019.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán HCC điều trị tại khoa Ung bướu từ tháng 1/2019 đến tháng 11/2019.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư gan thứ phát và ung thư đường mật trong gan. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: dựa vào “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan” theo Quyết định số 3129/QĐ-BYT ngày 17/07/2020 của Bộ Y tế

Địa điểm nghiên cứu:

Khoa Ung bướu - BVĐK tỉnh Kon Tum.

Thời gian nghiên cứu :

Từ tháng 1/2019 đến tháng 11/2019.

Cỡ mẫu

Có chủ đích, chọn toàn bộ BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Nhập và xử lý số liệu:

Phần mềm xử lý số liệu SPSS 20.

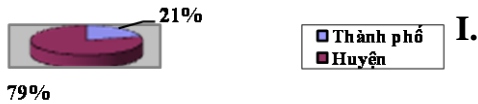
Đạo đức trong nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả dựa trên khai thác bệnh sử, khám lâm sàng, cận lâm sàng... nhóm nghiên cứu không tác động đến quá

trình chẩn đoán nên không ảnh hưởng đến quá trình điều trị cho bệnh nhân.

Đề tài nghiên cứu đã được sự đồng ý của Hội đồng khoa học Bệnh viện.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



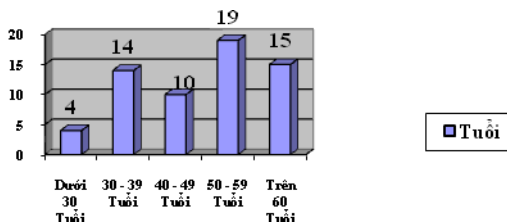
I. ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC

Đặc điểm nơi cư trú

Biểu đồ 1. Mô tả đặc điểm nơi cư trú

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân sống ở các huyện nông thôn vùng sâu vùng xa (79%).

Tuổi



Biểu đồ 2. Đặc điểm tuổi của BN HCC

Nhận xét: Tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 22 và lớn nhất là 89. Tỷ lệ bệnh nhân HCC trên 50 tuổi chiếm 55%.

Tuổi trung bình là 49 ± 14

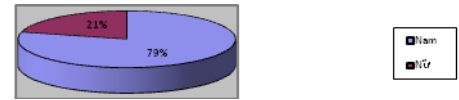
Đặc điểm về dân tộc

Bảng 1. Phân bố theo dân tộc

	Dân tộc kinh	Các dân tộc khác
N	23	39
%	37%	63%

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận đa phần người đồng bào dân tộc thiểu số ở vùng sâu vùng xa bị HCC, chiếm đến 63%.

Đặc điểm giới tính

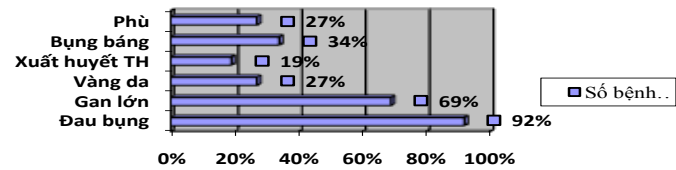


Biểu đồ 3. Tỷ lệ mắc HCC theo giới

Nhận xét: 79% bệnh nhân là nam giới

Tỷ lệ Nam/Nữ: 4/1.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG



Biểu đồ 4. Triệu chứng lâm sàng của HCC

Nhận xét: Triệu chứng đau tức hạ sườn phải, chiếm 92%; gan lớn, 69% và bụng báng có trên 34%.

Trong 62 bệnh nhân của chúng tôi, có 3 trường hợp không có triệu chứng lâm sàng, bệnh nhân tình cờ phát hiện u gan sau khi được siêu âm bụng tổng quát vì một lý do khác. Sau đó các bệnh nhân này được khảo sát tiếp bằng các xét nghiệm sinh hóa, miễn dịch và được chụp CT Scan bụng có thuốc cản quang để chẩn đoán xác định.

III. ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HỌC

Siêu âm:

Bảng 2. Hình ảnh u gan trên siêu âm

	1 u < 5cm hoặc 3 u < 3cm	1 u > 5cm hoặc nhiều hơn 3 u	Không phát hiện u trên SA
N	10	48	4
%	16%	78%	6%

Nhận xét: Có 78% bệnh nhân trong nghiên cứu này với tình trạng khối u không thuận lợi cho điều trị, trong đó 31% bệnh nhân có 1 khối u nhưng kích thước lớn hơn 5cm và 47% bệnh nhân có nhiều hơn 3 khối u trong

gan. Có 4 bệnh nhân không phát hiện được u trên siêu âm.

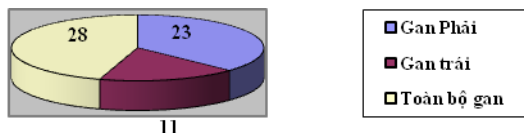
Hình ảnh CT Scan hoặc MRI bụng có thuốc cản quang

Bảng 3. Tình trạng khối u trên CT/ MRI

	1 u < 5cm hoặc 3 u < 3cm	1 u > 5cm hoặc nhiều hơn 3 u
N	6	56
%	10%	90%

Nhận xét: 90% bệnh nhân có tình trạng khối u lớn hơn 5cm (chiếm 32%) hoặc có nhiều hơn 3 khối u (chiếm 58%). Đặc biệt có trường hợp khối u lớn 18cm, gồ to trên vùng thượng vị. Bốn trường hợp không phát hiện u trên siêu âm, được chụp CT Scan bụng có thuốc cản quang thì phát hiện u có kích thước khá nhỏ.

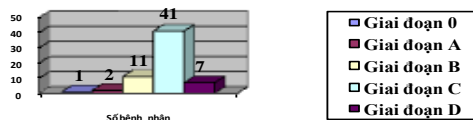
Sự phân bố của u trong gan



Biểu đồ 5. Phân bố u trong gan trên hình ảnh CT Scan bụng

Nhận xét: Gan trái chỉ chiếm 11 BN (18%), gan phải có 23 BN chiếm 37% và 45% (28 BN) có u ở cả 2 thùy gan.

Giai đoạn bệnh theo BCLC



Biểu đồ 6. Phân bố giai đoạn theo BCLC

Nhận xét: Có đến 77% bệnh nhân ở giai đoạn muộn, 23% bệnh nhân ở giai đoạn sớm, chỉ có 1 bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn rất sớm.

TÌNH TRẠNG NHIỄM VIRUS VIÊM GAN TRÊN BỆNH NHÂN BỊ HCC

Bảng 4. Tình trạng nhiễm HBV và HCV

	N	%
HBsAg dương	45	73%
Anti HCV dương	2	3%
Nhiễm đồng thời HBV/HCV	0	0
Không có Virus viêm gan	15	24%

Nhận xét: 76% bệnh nhân bị nhiễm virus viêm gan (73% nhiễm HBV và 3% nhiễm HCV).

BÀN LUẬN

CÁC YẾU TỐ DỊCH TỄ

Đặc điểm nơi cư trú và dân tộc

Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 79% bệnh nhân sống ở các huyện vùng sâu vùng xa, 63% là người dân tộc thiểu số. Điều này cũng có thể hiểu là do tỉnh Kon Tum có 1 thành phố trong khi có đến 8 huyện, số dân của các huyện chiếm đến 68%, dân tộc thiểu số chiếm gần 55% (theo số liệu thống kê năm 2017 của Cổng thông tin điện tử tỉnh Kon Tum). Một lý do khác cũng có thể dẫn đến sự khác biệt này là người dân sống ở vùng sâu vùng xa, nhất là người thiểu số, có đời sống khó khăn hơn, tập quán sinh hoạt và ăn uống không có lợi cho sức khỏe như hút thuốc, uống rượu nhiều hơn, tiếp xúc với các chất gây ung thư gan như aflatoxin B1 có trong các thực phẩm bị mốc và đặc biệt là họ khó có thể tiếp cận với các thông tin tuyên truyền về cách phòng bệnh ung thư gan như phát hiện và điều trị sớm viêm gan do virus.

4.1. Tuổi

Bệnh lý HCC là bệnh của người già, theo nhiều nghiên cứu thì tuổi trung bình từ 50 đến 60 tuổi [1],[10],[16-18]. Theo Hiệp hội nghiên cứu về gan của Châu Âu thì ở một số nước phát triển như Mỹ, Châu Âu... tuổi mắc bệnh ngày càng lớn, trung bình là 70 tuổi. Đặc biệt có một số nơi như Nhật Bản bệnh nhân thường mắc bệnh trong độ tuổi 70 đến 79[16]. Ngược lại, tại một số nơi như Trung Quốc và Châu Phi thì tuổi mắc bệnh có xu hướng trẻ hơn. Ở Châu Phi tuổi mắc bệnh thường gặp là từ 30 đến 39, các

nước Đông Nam Á tuổi trung bình là 40 và Trung Quốc là từ 45 đến 54 [5],[10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 22 và lớn tuổi nhất là 89 tuổi, số bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên chiếm 55%. Tuổi mắc bệnh trung bình là 49, phù hợp với y văn và các nghiên cứu khác.

Đặc điểm theo giới tính

Tất cả các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy HCC thường gặp ở nam giới, với tỷ lệ Nam : Nữ là 2-4:1[1-2],[17], có tài liệu cho rằng tỷ lệ này có thể 5-10:1[17]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ Nam:Nữ là 4:1, phù hợp với y văn và các nghiên cứu khác. Theo đơn vị Ghi nhận ung thư của Bệnh viện Ung bướu Tp Hồ Chí Minh thì tỷ lệ Nam:Nữ là 3:1[5].

Bệnh nhân nam bị HCC nhiều hơn. Chúng tôi chưa tìm thấy tài liệu nào giải thích vì sao tỷ lệ ung thư gan ở nam giới cao gấp nhiều lần so với nữ giới. Tuy nhiên, có lẽ gan của nam giới phải chịu tác động kéo dài và thường xuyên của các chất hóa học như rượu, bia, thuốc lá... là các tác nhân gây ra xơ gan và nếu có kèm thêm các yếu tố khác như nhiễm HBV hoặc HCV thì tỷ lệ bị ung thư gan sẽ cao hơn. Bệnh nhân vừa bị xơ gan do rượu vừa bị nhiễm HBV hoặc HCV thì tỉ lệ mắc ung thư gan trong 3 năm, 5 năm và 10 năm lần lượt là 13%, 41% và 81%. Trong khi đó các tỉ lệ này ở những bệnh nhân không nghiện rượu, bị xơ gan do HCV là 7%, 23% và 57%[5]. Giai đoạn từ xơ gan dẫn đến HCC là rất nhanh nếu xơ gan không được kiểm soát tốt.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Triệu chứng của HCC ở giai đoạn sớm thường rất mơ hồ, dễ nhầm với các bệnh lý khác như viêm dạ dày, tá tràng... và thường bị bỏ qua, do vậy rất khó để phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm. Khi có triệu chứng thì bệnh đã ở giai đoạn tiến xa, vào thời điểm này việc điều trị dứt điểm khó có thể thực hiện được.

Triệu chứng thường gặp là đau bụng, sờ thấy khối u ở hạ sườn phải hoặc thượng vị, bụng báng, vàng da vàng mắt và phù.

Trong NC của chúng tôi 92% bệnh nhân có triệu chứng thường gặp nhất là đau tức hạ sườn phải. Tuy nhiên, triệu chứng này rất mơ hồ và cũng là triệu chứng thường gặp ở nhiều bệnh lý khác trong ổ bụng. Tiếp đến là gan lớn, có trên 69% bệnh nhân và bụng báng có ở 34% bệnh nhân. Theo Nguyễn Chấn Hùng thì các triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân ung thư gan lần lượt là đau bụng (chiếm 90%), gan lớn (89%) và bụng báng (43%)[5]. Theo Gregory D. Leonard, các triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân HCC là đau bụng (chiếm 91%), gan lớn (89%), bụng báng (43%) và vàng da (7-41%)[17]. Các số liệu này cũng gần tương đương với chúng tôi.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có 3 trường hợp không có bất kỳ triệu chứng nào. Bệnh nhân tình cờ phát hiện u gan sau khi được siêu âm bụng tổng quát vì một lý do khác. Các bệnh nhân này có hình ảnh điển hình của HCC trên CT Scan bụng ở giai đoạn khá sớm và được điều trị thành công bằng phẫu thuật cắt phần gan. Điều này cho thấy rằng, nếu ung thư biểu mô tế bào gan được phát hiện sớm, tỷ lệ điều trị khỏi bệnh thành công sẽ rất cao. Và từ đây cũng cho thấy vai trò của việc khám bệnh định kỳ là rất quan trọng. Đồng thời cũng cho thấy rằng vai trò chính của ngành y tế trong việc tuyên truyền để người dân biết được tầm quan trọng của phòng bệnh.

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Đặc điểm u của bệnh nhân HCC trên siêu âm bụng và CT Scan (hoặc MRI) bụng có thuốc cản quang

Khoảng 90% bệnh nhân trong nghiên cứu này có tình trạng khối u lớn hơn 5cm hoặc có nhiều khối u trong gan, đây là đặc điểm chính để quyết định điều trị. Với giai đoạn này thì việc điều trị triệt để là khó, chỉ có

thể điều trị tạm bợ bằng thuốc nhắm đích như sorafenib hoặc chăm sóc giảm nhẹ.

Trong 62 bệnh nhân ở nghiên cứu này, 28 bệnh nhân có u ở cả 2 thùy, chiếm 45%, u trong gan phải chiếm 37% với 23 bệnh nhân và u trong gan trái có trên 11 bệnh nhân, chiếm 18%.

Có 4 bệnh nhân không phát hiện được hình ảnh của u gan trên siêu âm bụng nhưng khi được khảo sát bằng CT Scan (hoặc MRI) bụng có thuốc cản quang thì thấy hình ảnh điển hình của HCC, tuy nhiên kích thước của khối u khá nhỏ và trên nền của một gan nhiễm mỡ. Gan nhiễm mỡ là yếu tố gây cản trở và dễ bỏ sót tổn thương nhỏ của gan trên hình ảnh siêu âm.

Bảng 5. So sánh đặc điểm khối u trên hình ảnh siêu âm bụng và CT Scan bụng có thuốc cản quang của bệnh nhân HCC

	1u>5cm hoặc>3u	1 u ≤5cm hoặc≤3u, <3cm	Không phát hiện u	p
SA bụng	48 (78%)	10 (16%)	4 (6%)	0,11
CT Scan hoặc MRI	56 (90%)	6 (10%)	0 (0%)	

Qua bảng trên ta thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê của việc xác định tính chất và đặc điểm của khối u trên siêu âm so với CT Scan (hoặc MRI) bụng có tiêm thuốc cản quang.

Siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn, không có tai biến, giá thành rẻ và bệnh nhân dễ dàng chấp nhận nên nó thường được dùng để khảo sát tầm soát u gan, với độ nhạy từ 58% - 89% và độ đặc hiệu lên đến trên 90%[16]. Theo một phân tích gộp gồm 19 nghiên cứu cho thấy tầm soát bằng siêu âm có thể phát hiện được hầu hết các trường hợp HCC trước khi có

dấu hiệu lâm sàng với độ nhạy lên đến 94%. Tuy nhiên, siêu âm ít hiệu quả để phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, với độ nhạy chỉ 63%[16].

XẾP GIAI ĐOẠN BỆNH THEO BCLC

Trong nghiên cứu này 66% bệnh nhân vào viện đã ở giai đoạn C, 11% bệnh nhân ở giai đoạn D, với các giai đoạn này việc điều trị chỉ trong giới hạn tạm bợ, không còn chỉ định điều trị khỏi bệnh.

Nếu chỉ nghiên cứu riêng cho từng nhóm bệnh nhân thì nhóm bệnh nhân có nhiễm virus viêm gan có tỷ lệ BCLC giai đoạn C và D chiếm đến 85%, 40 bệnh nhân, giai đoạn C (70%) và giai đoạn D (15%). Ở nhóm bệnh nhân không bị nhiễm virus viêm gan thì không có trường hợp nào nhóm D, có 53% thuộc nhóm C. Vậy ta thấy rằng nhóm bệnh nhân bị nhiễm virus viêm gan có tỷ lệ BCLC giai đoạn C và D cao hơn nhóm bệnh nhân không nhiễm virus viêm gan..

TÌNH TRẠNG NHIỄM VIRUS VIÊM GAN TRÊN BỆNH NHÂN BỊ HCC

Có 76% bệnh nhân bị nhiễm virus viêm gan, trong đó 73% nhiễm HBV và 3% nhiễm HCV. Điều này phù hợp với y văn. Việt Nam cũng như các nước ở vùng Đông Nam Á, Châu Á, Châu Phi là vùng dịch tễ của viêm gan virus B (HBV) do vậy tỷ lệ bệnh nhân HCC bị nhiễm HBV chiếm đến 78% Còn virus viêm gan C (HCV) thường gặp ở các nước phát triển như Mỹ, Nhật và các nước châu Âu [5],[6],[16].

Bảng 6. So sánh tình trạng nhiễm HBV của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát

Tác giả	Số BN	Nhiễm HBV	p
Nghiên cứu này	62	73%	
Nguyễn Chấn Hùng	3217	78%	0,43
Đào Quang Minh	30	64%	0,52

Tỷ lệ nhiễm HBV ở bệnh nhân HCC giữa các nghiên cứu trên khác nhau không có ý nghĩa thống kê

Theo các nghiên cứu khoa học thì bệnh nhân bị nhiễm HBV và HCV làm tăng nguy cơ phát triển ung thư gan gấp 100 lần so với người không nhiễm. Tần suất xuất hiện ung thư gan ở người nhiễm HBV mạn tính khoảng 0,5%-1%/năm, trên bệnh nhân không có xơ gan và 2,5%/năm với bệnh nhân có xơ gan. Tỷ lệ này cao hơn ở bệnh nhân xơ gan do nhiễm HCV, 2-8%/năm [5],[6],[8]. Trong một bài báo nghiên cứu được đăng năm 1981, Beastley và cs thiết lập mối liên hệ giữa HBV và HCC trên 22.000 bệnh nhân nam người Đài Loan có HBsAg (+). So sánh với nhóm chứng không có HBsAg, cho thấy yếu tố nguy cơ của HBV là 63[16]. Một nghiên cứu lớn khác theo dõi 11.893 đàn ông Đài Loan trong trung bình 8,5 năm để đánh giá tác động của HBV gây ra HCC. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bị HCC là 1169/100.000 người/năm ở những bệnh nhân vừa có HBsAg (+) vừa có HBeAg (+), 324/100.000/năm cho những người chỉ có HBsAg (+) và tỷ lệ này chỉ có 39/100.000/năm cho những người HBsAg (-). Nguy cơ bị HCC ở những người có HBsAg (+) và HBeAg (+) là cao gấp 60 lần, so với 10 lần ở người chỉ có HBsAg (+). Nghiên cứu này cũng cho thấy nguy cơ bị HCC tăng cao ở những bệnh nhân có mức độ HBV DNA cao, với tỷ lệ lần lượt là 0,74% và 13,50% ở bệnh nhân có HBV DNA < 300 copies/mL và >1.000.000/copies/mL, trong thời điểm theo dõi 13 năm[12],[18].

Tám mươi phần trăm trường hợp HCC mới xảy ra ở các nước đang phát triển, nhưng tỷ lệ này cũng đang tăng dần ở các nước phát triển. Điều này có liên quan đến sự lan tràn của bệnh viêm gan B và C hiện nay [1],[5-6],[16]. Ở những nước trong vùng dịch tễ của viêm gan B, 90% các trường hợp HCC

dương tính với kháng nguyên bề mặt virus viêm gan B (HBsAG). Tại Việt Nam, có khoảng gần 20% dân số nhiễm HBV và trong số đó khoảng 6 % nhiễm viêm gan B mãn tính, khoảng 4% với vi rút viêm gan C [5],[10],[12].

KẾT LUẬN

Đa phần bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát là nam giới người dân tộc thiểu số, sống ở vùng sâu, vùng xa. Thường vào viện ở giai đoạn muộn.

Tỷ lệ Bn bị HCC nhiễm viêm gan cao, 76%, trong đó nhiễm HBV là 73% và 3% nhiễm HCV. Đây là yếu tố gây ung thư gan đã được phát hiện mà có thể phòng chống được bằng cách tiêm phòng vac-xin viêm gan B. Đồng thời tuyên truyền sâu rộng đến người dân để khám phát hiện sớm và điều trị viêm gan do virus một cách hiệu quả để phòng chống HCC. Tuyên truyền các đường lây lan của virus viêm gan để mọi người hiểu biết và phòng tránh.

Bên cạnh đó cũng tăng cường phổ biến đến người dân thay đổi thói quen ăn uống các chất gây hại cho gan như uống nhiều rượu, hút thuốc lá và không ăn các thực phẩm bị mốc...

Đề ra chương trình tầm soát ung thư gan cho các đối tượng có nguy cơ cao như bệnh nhân bị nhiễm HBV, HCV, người nghiện rượu, nghiện thuốc lá. Theo khuyến cáo của Hội Gan học Nhật Bản ban hành năm 2015, cần tầm soát định kỳ cho nhóm người có nguy cơ bị HCC bằng siêu âm và xét nghiệm AFP, AFP-L3, PIVKA-II huyết thanh. Khoảng cách giữa các lần khám tầm soát thay đổi tùy theo các nhóm nguy cơ. Cụ thể bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ rất cao như xơ gan nên siêu âm và xét nghiệm AFP mỗi 3-4 tháng, có thể kết hợp thêm chụp CT Scan (hoặc MRI) bụng mỗi 6-12 tháng. Nhóm nguy cơ cao như viêm gan B hoặc C thì cần siêu âm và xét nghiệm mỗi 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO Tiếng Việt

1. Phạm Hùng Cường, Nguyễn Vĩnh Thịnh, Vương Nhật Phương (2018). *Đốt ung thư biểu mô tế bào gan bằng vi sóng*, Tạp chí ung thư học Việt Nam, số 4-2018, trang 276-280.
2. Nguyễn Bá Đức và cộng sự (2008). Ung thư gan nguyên phát, *Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư*, Nhà xuất bản y học; Hà Nội, trang 236-239.
3. Nguyễn Bá Đức và cộng sự (2010). Ung thư gan, *Điều trị nội khoa ung thư*, Nhà xuất bản giáo dục; Hà Nội, trang 162-165.
4. Nguyễn Văn Hiếu (2010). Phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào gan và ung thư nguyên bào gan, *Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư*, Nhà xuất bản y học; Hà Nội, trang 284-298.
5. Nguyễn Chấn Hùng và cộng sự (2011). Ung thư gan, *Bài giảng ung bướu học*, Nhà xuất bản y học; TP HCM, trang 497-506.
6. Nguyễn Chấn Hùng, Phạm Xuân Dũng, Đặng Huy Quốc Thịnh (2019). *Ngăn đại dịch viêm gan giữa đại họa ung thư gan*, Tạp chí ung thư học Việt Nam, số 5-2019, trang i-vii.
7. Trần Quốc Hùng, Nguyễn Thị Minh Phương (2013). *Đánh giá bước đầu hiệu quả của phương pháp phá hủy ung thư biểu mô tế bào gan bằng vi sóng tại bệnh viện 19.8*. Tạp chí ung thư học Việt Nam, số 4-2013, trang 254-259.
8. Đào Quang Minh, Nguyễn Thành Vinh, Nguyễn Đức Toàn (2016). *Hiệu quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp đốt sóng cao tần kết hợp tắc mạch hóa dầu*, Tạp chí ung thư học Việt Nam, số 4-2016, trang 315-319.
9. Nguyễn Quang Quyền (2013). Gan, *Bài Giảng Giải Phẫu học*, tập 2, Nhà xuất bản y học; Tp HCM, trang
10. Hoàng Trọng Thăng (2006). Ung thư gan, *Bệnh tiêu hóa gan – mật*, Nhà xuất bản y học; Hà Nội, trang 331-342.

11. Hoàng Trọng Thăng (2006). Xơ gan, *Bệnh tiêu hóa gan – mật*, Nhà xuất bản y học; Hà Nội, trang 315-330.
12. Nguyễn Sào Trung (2005). Ung Thư gan, *Bệnh học tạng và hệ thống*, Nhà xuất bản y học; Chi nhánh Tp Hồ Chí Minh, trang 154-160.
13. Nguyễn Thị Xuyên và cộng sự (2016). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan virus B, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm*, Nhà xuất bản y học; Hà nội, trang 183-191.
14. Nguyễn Thị Xuyên và cộng sự (2016). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan virus C, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm*, Nhà xuất bản y học; Hà nội, trang 193-201.
15. Bộ Y tế (2012). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát*, Quyết định số 5250/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế. Hà Nội, ngày 28 tháng 12 năm 2012.

Tiếng Anh

16. European Association for the study of the liver (2018). EASL Clinical Practice Guidelines : Management of hepatocellular carcinoma, *Journal of Hepatology*, Vol 69, page 182-236.
17. Jame Abraham et al (2005). Primary cancers of the Liver, *Bethesda Handbook of clinical Oncology*, Lippincott Williams and Wilkins; Philadelphia, page 99-106
18. National Cancer Institute (2019) - *Adult Primary liver cancer treatment*. [online] Available at: <https://www.cancer.gov/types/liver/hp/adult-liver-treatment-pdq>.
19. Globocan 2018. [online] Available at: <https://gco.iarc.fr/>