

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự biểu lộ PCNA ở các khối u có độ biệt hóa vừa là cao nhất (69,6%) tiếp theo là biệt hóa kém (47,7%) và biệt hóa tốt (41,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Một số nghiên cứu có kết quả tương đồng với chúng tôi điển hình như Czyzewska và cộng sự khi nghiên cứu trên 45 bệnh nhân UTDD đã cho thấy có một mối liên hệ giữa sự biểu lộ cao của PCNA và sự biệt hóa của khối u [8]. Lee và cộng sự khi nghiên cứu 841 bệnh nhân UTDD tại Hàn Quốc cũng đã chỉ ra rằng độ biệt hóa khối u có tương quan với chỉ số PCNA [7].

Qua nghiên cứu này, kết hợp với y văn, chúng tôi thấy rằng thể mô bệnh học theo phân loại Lauren và WHO, mức độ biệt hóa khối u có liên quan với sự biểu lộ PCNA. Hơn nữa, theo một số nghiên cứu cho thấy ung thư dạ dày thể ruột, thể ống nhỏ, có độ biệt hóa tốt và vừa thường là những thể ung thư có tiên lượng khả quan hơn so với thể lan tỏa, có độ biệt hóa kém, trong khi những trường hợp UTDD có biểu lộ PCNA thường có liên quan với một tiên lượng xấu. Trong nghiên cứu này chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa sự biểu lộ PCNA với giai đoạn của UTDD ($p > 0,05$), có khả năng rằng sự biểu lộ PCNA là yếu tố tiên lượng độc lập với phân loại TNM.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ biểu lộ quá mức của PCNA trong UTDD của nghiên cứu này là 54,7%. Sự biểu lộ quá mức PCNA không có liên quan với đặc điểm đại thể khối u theo phân loại Borrmann ($p > 0,05$) nhưng có liên quan với thể mô học theo phân loại Lauren và phân loại của WHO ($p < 0,05$). Sự biểu lộ PCNA có liên quan với mức độ biệt hóa

UTDD ($p < 0,05$) nhưng không có liên quan với giai đoạn TNM của UTDD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R. L.** (2021), "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", *CA Cancer J Clin*, 71(3), pp.209-249.
2. **Kamiya S., Rouvelas I., Lindblad M., Nilsson M.** (2018), "Current trends in gastric cancer treatment in Europe", *Journal of Cancer Metastasis and Treatment*, 4, pp.35.
3. **Matsusaka S., Nashimoto A., Nishikawa K., Miki A., Miwa H., Yamaguchi K. et al.** (2016), "Clinicopathological factors associated with HER2 status in gastric cancer: results from a prospective multicenter observational cohort study in a Japanese population (JFMC44-1101)", *Gastric Cancer*, 19(3), pp.839-851.
4. **Li H., Sandhu M., Malkas L. H., Hickey R. J., Vaidehi N.** (2017), "How Does the Proliferating Cell Nuclear Antigen Modulate Binding Specificity to Multiple Partner Proteins?", *J Chem Inf Model*, 57(12), pp.3011-3021.
5. **Yin S., Li Z., Huang J., Miao Z., Zhang J., Lu C. et al.** (2017), "Prognostic value and clinicopathological significance of proliferating cell nuclear antigen expression in gastric cancer: a systematic review and meta-analysis", *Oncotargets Ther*, 10, pp.319-327.
6. **Li N., Deng W., Ma J., Wei B., Guo K., Shen W. et al.** (2015), "Prognostic evaluation of Nanog, Oct4, Sox2, PCNA, Ki67 and E-cadherin expression in gastric cancer", *Med Oncol*, 32(1), pp.433.
7. **Lee K. E., Lee H. J., Kim Y. H., Yu H. J., Yang H. K., Kim W. H. et al.** (2003), "Prognostic significance of p53, nm23, PCNA and c-erbB-2 in gastric cancer", *Jpn J Clin Oncol*, 33(4), pp.173-179.
8. **Czyzewska J., Guzińska-Ustymowicz K., Pryczynicz A., Kemon A., Bandurski R.** (2009), "Immunohistochemical evaluation of Ki-67, PCNA and MCM2 proteins proliferation index (PI) in advanced gastric cancer", *Folia Histochem Cytobiol*, 47(2), pp.289-296.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH CỦA BỆNH NHÂN U MÁU GAN

Lê Thị Thu Hiền¹, Đồng Đức Hoàng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U máu là loại u lành tính phổ biến nhất của gan. Không phải tất cả các u máu gan đều có triệu chứng đặc trưng hoặc điển hình trên chẩn đoán

hình ảnh. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của bệnh nhân u máu gan. **Phương pháp:** Mô tả trên 49 bệnh nhân u máu gan được chẩn đoán dựa theo hướng dẫn của Hiệp hội Nghiên cứu về Gan của Châu Âu năm 2016. Trên hình ảnh CT có tiêm thuốc cản quang, khối u gan có hình ảnh ngấm thuốc ngoại vi pha động mạch, tăng cường hướng tâm trong pha chậm; chẩn đoán bằng mô bệnh học khi u không ngấm thuốc điển hình trên CT. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $54,7 \pm 17,1$. Nữ chiếm tỉ lệ 55,1%. Đau bụng có tỉ lệ 46,9%. 100% bệnh nhân có AFP bình thường.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hiền
Email: hientuyen.tn2009@gmail.com
Ngày nhận bài: 29.9.2022
Ngày phản biện khoa học: 21.9.2022
Ngày duyệt bài: 30.11.2022

Viêm gan virus B gặp ở 4,1%, viêm gan virus C gặp ở 2,0% số bệnh nhân. Tỷ lệ u gan phải 67,3%. Số lượng u đơn độc 73,5%. U > 4 cm có tỷ lệ 67,3%. Kích thước u dao động từ 1,9 – 10,2, kích thước trung vị là 5,9 cm. Trên CT, u ranh giới rõ có tỷ lệ 97,9%. 93,9% u tăng sinh mạch điển hình. 2,1% bệnh nhân có chảy máu trong u. Tình trạng vôi hóa trong u gặp ở 2,1% số bệnh nhân. **Kết luận:** Bệnh nhân u máu gan đa phần không có triệu chứng bất thường về lâm sàng và xét nghiệm. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào hình ảnh điển hình trên hình ảnh CT, sinh thiết gan nên cần nhắc khi hình ảnh CT không điển hình.

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính, u máu gan

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL AND CT FEATURES OF HEPATIC HEMANGIOMA PATIENTS

Background: Hemangiomas are the most common benign tumors of the liver. Not all hepatic hemangiomas have characteristic or typical imaging findings. **Objectives:** Describe the clinical, subclinical and compute tomography characteristics of patients with hepatic hemangiomas. **Methods:** This was cross sectional study on 49 hepatic hemangioma patients diagnosed according to the guidelines of the European Association for the Study of the Liver in 2016. On contrast-enhanced CT images, hemangioma showed enhancement peripheral in arterial phase, afferent enhancement in delayed phase; diagnosed by histopathology when the tumor is not typical enhancement on CT. **Results:** The mean age of the patients was 54.7 ± 17.1 . Female accounted for 55.1%. Abdominal pain had the rate of 46.9%. 100% of patients had normal AFP. HBsAg was positive in 4.1%, Anti HCV was positive in 2.0% of patients. The rate of right hemangioma was 67.3%. Number of solitary hemangioma was 73.5%. Tumor > 4 cm had a rate of 67.3%. Tumor size ranged from 1.9 to 10.2, the median size was 5.9 cm. On CT imaging, hemangioma was clear boundary with the rate of 97.9%. Typical enhancement hemangioma was 93.9%. 2.1% of patients had intra tumoral hemorrhage. Calcification in the tumor was seen in 2.1% of patients. **Conclusion:** Most hepatic hemangioma patients have no abnormal clinical and laboratory symptoms. Diagnosis is mainly based on typical CT imaging, liver biopsy should be considered when CT imaging is atypical.

Keywords: Clinical, subclinical, compute tomography, hemangioma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tế bào nội mô mạch máu có nguồn gốc từ gan có thể gây ra các tổn thương tạo mạch, bao gồm cả những tổn thương lành tính hoặc ác tính. U máu là loại u lành tính phổ biến nhất của gan. Những tổn thương này nếu kích thước nhỏ thường không có triệu chứng, xuất hiện đơn độc và hầu như luôn được phát hiện tình cờ [1]. Những biến chứng của u máu gan là vỡ u và xuất huyết trong u, biến chứng này hiếm khi gặp

phải nhưng nếu xảy ra thì có thể là nguyên nhân gây tử vong cho bệnh nhân [2]. Khi u máu gan có chỉ định phẫu thuật, thường có yêu cầu sinh thiết để chẩn đoán tiền phẫu, có thể dẫn đến các biến chứng như xuất huyết và rò đường mật. Do đó, chẩn đoán bằng hình ảnh và các phương tiện không xâm lấn là cần thiết để tránh rủi ro.

Trong những năm gần đây với những tiến bộ trong công nghệ hình ảnh, u máu gan được phát hiện thường xuyên hơn. Mặc dù, tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh u máu gan là khá rõ ràng và dễ nhận ra, nhưng không phải tất cả các u máu gan đều có biểu hiện đặc trưng hoặc điển hình trên hình ảnh. Đôi khi, những tổn thương này có biểu hiện không điển hình và có thể bị nhầm lẫn với các tổn thương ác tính khác như ung thư biểu mô tế bào gan, ung thư đường mật trong gan, ung thư biểu mô tế bào gan-đường mật hỗn hợp [3].

Kiến thức về triệu chứng bệnh, các phương pháp không xâm lấn để chẩn đoán phân biệt, các hình ảnh không điển hình khác nhau của tổn thương lành tính này rất quan trọng có thể giúp tránh được các lỗi chẩn đoán, do đó có khả năng tránh được các cuộc phẫu thuật không cần thiết và đưa ra các chỉ định điều trị phù hợp. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của bệnh nhân u máu gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:** Chẩn đoán xác định u máu gan dựa trên hướng dẫn của Hiệp hội Nghiên cứu về Gan của Châu Âu (EASL) năm 2016 (Trên hình ảnh CT có tiêm thuốc cản quang, khối u gan có hình ảnh ngấm thuốc ngoại vi pha động mạch, tăng cường hướng tâm trong pha chậm; chẩn đoán bằng mô bệnh học khi u không ngấm thuốc điển hình trên CT) [4].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** dị ứng với thuốc cản quang, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 6 năm 2021.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Điều trị gan mật tụy và khoa Phẫu thuật gan, mật, tụy; Bệnh viện Trung ương quân đội 108, Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, khảo sát đặc điểm và tần suất bệnh. Thiết kế hồi cứu.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Chọn mẫu có chủ đích. Cỡ mẫu 49 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Hồi bệnh và khám triệu chứng của bệnh nhân u máu gan.

- Các bệnh nhân được làm các xét nghiệm công thức máu và đông máu bằng máy Cell Dyn 3700 (Abbot) tại khoa Huyết học. Xét nghiệm sinh hóa bằng máy Olympus Au 640 tại khoa Sinh hóa. Xét nghiệm AFP, HBsAg, anti HCV bằng phương pháp ELISA thực hiện tại khoa Miễn dịch. Chụp CT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang Xenetix 300mg% bằng máy Brivo CT385.

- Sinh thiết khối u theo quy trình: gây tê ngoài da bằng Lidocain 2%, dùng súng Fastgun, dưới hướng dẫn của máy siêu âm Logiq S7, chọc kim 16 Gauge vào khối u lấy bệnh phẩm dài khoảng 1cm, đường kính 1mm, cố định bằng dung dịch Formol 10%, bệnh phẩm được xử lý mô bệnh học trên máy tự động Sakura, được đúc khối paraffin, cắt nhuộm Hematoxylin-Eosin.

2.6. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Chỉ tiêu nhân khẩu học: tuổi, giới: nam, nữ.

- Chỉ tiêu lâm sàng: đau bụng, sốt, sút cân, mệt mỏi.

- Chỉ tiêu về xét nghiệm: WBC, RBC, PLT, PT, GOT, GPT, Albumin, Bilirubin toàn phần, AFP, HBsAg, Anti HCV.

- Chỉ tiêu trên hình ảnh CT:

+ Vị trí u gan: thùy gan phải, thùy gan trái, 2 thùy.

+ Số lượng u: đếm số u trên hình ảnh chụp CT.

+ Kích thước u: Tổng đường kính lớn nhất của tất cả các khối u trên CT.

+ Đặc điểm hình ảnh CT: ranh giới u, tăng sinh mạch, chảy máu trong u, vôi hóa.

2.7. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0. Phân tích các số liệu bằng thuật toán thống kê mô tả tần số các biến Frequencies.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1: Đặc điểm tuổi, giới của bệnh nhân**

Đặc điểm		n(49)	%
Tuổi trung bình (nhỏ nhất, lớn nhất: 26-93)		54,7 ± 17,1	
Giới	Nam	22	44,9
	Nữ	27	55,1

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 54,7 ± 17,1. Nữ giới chiếm tỉ lệ cao hơn với 55,1%.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Triệu chứng	n(49)	%
Đau bụng	23	46,9
Sốt	4	8,2
Sút cân	7	14,3
Mệt mỏi	6	12,2

Nhận xét: Đau bụng là triệu chứng hay gặp nhất với tỉ lệ 46,9%.

Bảng 3: Đặc điểm xét nghiệm huyết học, đông máu của bệnh nhân

Chỉ tiêu	n(49)	%	
WBC (G/l)	Bình thường	47	95,9
	Bất thường	2	4,1
RBC (T/l)	Bình thường	49	100
	Bất thường	0	0
PLT (G/l)	Bình thường	47	95,9
	Giảm	2	4,1
PT (%)	Bình thường	49	100
	Bất thường	0	0

Nhận xét: Có 4,1% số bệnh nhân tăng số lượng bạch cầu, 4,1% giảm số lượng tiểu cầu. Hồng cầu và chức năng đông máu không thấy bất thường.

Bảng 4: Đặc điểm xét nghiệm sinh hóa của bệnh nhân

Chỉ tiêu	n(49)	%	
GOT (U/l)	Bình thường	45	91,8
	Tăng	4	8,2
GPT (U/l)	Bình thường	40	81,6
	Tăng	9	18,4
Albumin (g/l)	Bình thường	49	100
	Giảm	0	0
Bilirubin (μmol/l)	Bình thường	42	85,7
	Tăng	7	14,3

Nhận xét: Có 8,2% số bệnh nhân tăng GOT, 18,4% tăng GPT, 14,3% tăng bilirubin toàn phần trong máu, không có bệnh nhân giảm albumin máu.

Bảng 5: Đặc điểm xét nghiệm miễn dịch của bệnh nhân

Chỉ tiêu	n(49)	%	
AFP (IU/ml)	Bình thường	49	100
	Tăng	0	0
Viêm gan virus	B	2	4,1
	C	1	2,0
	Âm tính	47	93,9

Nhận xét: 100% bệnh nhân có AFP bình thường. Viêm gan virus B gặp ở 4,1%, viêm gan virus C gặp ở 2,0% số bệnh nhân.

Bảng 6: Đặc điểm vị trí, số lượng, kích thước u trên hình ảnh CT

Chỉ tiêu	n(49)	%	
Vị trí u	Gan trái	9	18,4
	Gan phải	33	67,3
	2 thùy	7	14,3
Số lượng u	1 u	36	73,5
	≥ 2 u	13	26,5
Kích thước u	≤ 4 cm	16	32,7
	> 4 cm	33	67,3

Kích thước nhỏ nhất; lớn nhất	1,9 – 10,2
Kích thước trung vị (tứ phân vị)	5,9 (3,3 – 8,0)

Nhận xét: U gan phải chiếm tỉ lệ cao nhất 67,3%. Số lượng u đơn độc chiếm tỉ lệ cao hơn với 73,5%. U > 4 cm chiếm tỉ lệ 67,3%. Kích thước u dao động từ 1,9 – 10,2, kích thước trung vị là 5,9 cm.

Bảng 7: Đặc điểm của hình ảnh CT

Chỉ tiêu		n(49)	%
Ranh giới u	Rõ	48	97,9
	Không rõ	1	2,1
Chảy máu trong u	Có	1	2,1
	Không	48	97,9
Tăng sinh mạch	Ngấm dần hướng tâm	46	93,9
	Viền ngoài	3	6,1
	Có vách	0	0
Tình trạng vôi hóa	Có	1	2,1
	Không	48	97,9

Nhận xét: Trên hình ảnh CT, u có ranh giới rõ chiếm tỉ lệ 97,9%. Có 2,1% bệnh nhân chảy máu trong u. 93,9% u tăng sinh mạch điển hình. Tình trạng vôi hóa trong u gặp ở 2,1% số bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

U máu gan là loại u gan nguyên phát phổ biến nhất. Tổn thương này có thể được chẩn đoán ở mọi nhóm tuổi nhưng thường được chẩn đoán ở phụ nữ từ 30-50 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng tuổi trung bình của các bệnh nhân là 54,7 ± 17,1. Nghiên cứu của Liu, Z. có tuổi trung vị là 45, độ tuổi dao động từ 24–62 [3]. Tỷ lệ giới tính giữa nữ và nam được báo cáo là khác nhau, từ thấp 1,2:1 tới cao là 6:1 [4]. Tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu này là 55,1% cũng cao hơn nam giới. Tác giả Liu, Z. cũng thấy tỉ lệ nam:nữ là 11:14 [3].

U máu gan thường nhỏ (<4 cm) và đơn độc, mặc dù chúng có thể có đường kính tới 20 cm. Ngay cả khi chúng lớn, hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng [5]. Tuy vậy các bệnh nhân của chúng tôi đều điều trị nội trú trong bệnh viện nên bệnh nhân phải có triệu chứng khó chịu, ảnh hưởng đến cuộc sống, có nguyện vọng điều trị thì mới nhập viện. Vì vậy tỉ lệ bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng là khá cao, trong đó đau bụng là triệu chứng hay gặp nhất với tỉ lệ 46,9%, những triệu chứng như sốt, sút cân, mệt mỏi có tỉ lệ thấp.

Trong số đối tượng nghiên cứu chỉ có 2 bệnh nhân số lượng bạch cầu tăng, chiếm tỉ lệ 4,1%, 2 bệnh nhân này không có triệu chứng sốt cũng như là có dấu hiệu nhiễm khuẩn ở khối u. Có 2 bệnh nhân có số lượng tiểu cầu thấp nhưng vẫn

cao hơn 50 G/l. Sau khi truyền khối tiểu cầu thì 1 bệnh nhân được điều trị bằng nút mạch, một bệnh nhân không điều trị can thiệp vào khối u, 2 bệnh nhân này u đều lớn hơn 6cm chúng tôi cũng không sinh thiết vào khối u. Do u máu gan là khối u lành tính không làm ảnh hưởng đến chức năng gan, thường cũng ít khi gây chèn ép đến đường lưu thông máu và đường mật nên men gan và chức năng chuyển hóa protein không có bất thường nhiều. Chúng tôi ghi nhận có 8,2% số bệnh nhân tăng GOT, 18,4% tăng GPT, 14,3% tăng bilirubin toàn phần trong máu, không có bệnh nhân giảm albumin máu. Những bệnh nhân có tăng GOT, GPT và Bilirubin máu thì cũng chỉ tăng nhẹ, chỉ điều trị triệu chứng là ổn định.

Như đã nói ở u máu gan là khối u lành tính, thuộc nhóm tổn thương không biểu mô, kể cả khối u có phát triển to thì bản chất khối u cũng chỉ là các mạch máu tăng sinh. Không xuất hiện ác tính ở biểu mô tế bào gan nên 100% bệnh nhân có chỉ số AFP bình thường. Theo y văn, u máu gan thường gặp ở những bệnh nhân không có bệnh gan mạn tính trước đó. Vì vậy tỉ lệ viêm gan virus B chúng tôi cũng gặp rất ít ở 4,1% số bệnh nhân, viêm gan virus C gặp ở 2,0% số bệnh nhân. Các bệnh nhân này có chỉ số AFP bình thường mà lại có hình ảnh CT điển hình của u máu nên có thể đưa ra chẩn đoán xác định được mà không nghĩ đến tổn thương ác tính khác.

U máu gan thường là những tổn thương đơn độc, tuy nhiên chúng tôi ghi nhận được có những bệnh nhân có từ 2 u đến nhiều u máu ở gan. Vị trí thường thấy u xuất hiện ở thùy gan phải chiếm tỉ lệ 67,3%. Tỉ lệ u ở thùy gan trái là 18,4%. Park, J. S. cũng gặp bệnh nhân có khối u lớn ở thùy gan trái [5]. Khi bệnh nhân đã vào viện để điều trị thì thường u phải có kích thước lớn, vì vậy tỉ lệ u > 4 cm là khá cao 67,3%. Nghiên cứu của Liu, Z. cũng thấy 25 bệnh nhân u máu gan có kích thước trung bình là 8.60 ± 3.60, dao động từ 4.1–18.2 cm [3]. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi u có vẻ nhỏ hơn một chút kích thước trung vị là 5,9 cm, dao động từ 1,9 – 10,2 cm.

Trên phim chụp CT có tiêm thuốc cản quang, hình ảnh u máu gan điển hình là tăng sinh mạch đều vùng ngoại vi khối u, sau đó ngấm dần thuốc cản quang vào trung tâm khối u ở thì muộn. Tuy nhiên khi hình ảnh CT không điển hình, u có thể bị nhầm lẫn với các tổn thương ác tính khác như ung thư biểu mô tế bào gan, ung thư đường mật trong gan, ung thư biểu mô tế bào gan-đường mật hỗn hợp và u sarcoma [6] hoặc là các khối u di căn đến gan [7]. Đặc biệt là

trên hình ảnh siêu âm, độ nhạy còn kém hơn theo nghiên cứu của Quaia, E. chỉ có 20/39 bệnh nhân u máu gan có hình ảnh điển hình trên siêu âm (tăng âm, đồng nhất hoặc hơi không đồng nhất và có viền sắc nét) [8]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy u có ranh giới rõ chiếm tỉ lệ 97,9%. Hình ảnh ngấm thuốc điển hình trên phim CT gặp ở 93,9% số bệnh nhân. Có 2,1% bệnh nhân chảy máu trong u. Tình trạng vôi hóa trong u gặp ở 2,1% số bệnh nhân. Nghiên cứu của Liu, Z. cũng thấy đa số u máu gan có viền rõ 22/25, hình ảnh tăng sinh mạch điển hình gặp ở 25/25 bệnh nhân. Số bệnh nhân chảy máu trong u là rất ít 1/25 bệnh nhân [3].

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 54,7 ± 17,1. Nữ chiếm tỉ lệ 55,1%.

Đau bụng có tỉ lệ 46,9%. Các xét nghiệm đa số là bình thường.

Tỉ lệ u gan phải 67,3%. Số lượng u đơn độc 73,5%. U > 4cm có tỉ lệ 67,3%. Kích thước u dao động từ 1,9–10,2, kích thước trung vị là 5,9cm.

Trên CT, u ranh giới rõ có tỉ lệ 97,9%. 93,9% u tăng sinh mạch điển hình. 2,1% bệnh nhân có chảy máu trong u. Tình trạng vôi hóa

trong u gặp ở 2,1% số bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lewis D., Vaidya R. Hepatic Hemangioma. StatPearls. Treasure Island (FL), 2021.
2. Kim J. M., Chung W. J., Jang B. K., et al (2015). Hemorrhagic hemangioma in the liver: A case report. World J Gastroenterol, 21(23), 7326-7330.
3. Liu Z., Yi L., Chen J., et al (2020). Comparison of the clinical and MRI features of patients with hepatic hemangioma, epithelioid hemangioendothelioma, or angiosarcoma. BMC Med Imaging, 20(1), 71.
4. European Association for the Study of the Liver (2016). EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours. J Hepatol, 65(2), 386-398.
5. Park J. S., Kim G. A., Shim J. J., et al (2021). Hepatic hemangioma presenting as a large cystic tumor. Korean J Intern Med, 36(2), 473-474.
6. Mathew R. P., Sam M., Raubenheimer M., et al (2020). Hepatic hemangiomas: the various imaging avatars and its mimickers. Radiol Med, 125(9), 801-815.
7. Dane B., Shanbhogue K., Menias C. O., et al (2021). The humbling hemangioma: uncommon CT and MRI imaging features and mimickers of hepatic hemangiomas. Clin Imaging, 74, 55-63.
8. Quaia E., Bertolotto M., Dalla Palma L. (2002). Characterization of liver hemangiomas with pulse inversion harmonic imaging. Eur Radiol, 12(3), 537-544.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI SUY DINH DƯỠNG THẤP CÒI Ở TRẺ TUỔI VỊ THÀNH NIÊN VÙNG DÂN TỘC TẠI TỈNH ĐIỆN BIÊN, NĂM 2018

Nguyễn Song Tú¹, Hoàng Văn Phương², Đỗ Thúy Lê¹

TÓM TẮT

Tình trạng dinh dưỡng và sức khỏe của trẻ giai đoạn vị thành niên rất quan trọng. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 4.069 trẻ tại 11 trường phổ thông dân tộc bán trú tỉnh Điện Biên năm 2018 nhằm mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) thấp còi ở trẻ 11 – 14 tuổi. Kết quả cho thấy kinh tế hộ gia đình nghèo và cận nghèo, trẻ chưa dậy thì, hoặc dân tộc H'mông là yếu tố tăng nguy cơ SDD thấp còi so với trẻ thuộc gia đình kinh tế bình thường, đã dậy thì, dân tộc khác. Vì vậy, cần có giải pháp tổng thể, lâu dài can thiệp dinh dưỡng cùng với việc cải thiện tình trạng kinh tế xã hội, hoàn cảnh gia đình. Ưu tiên can thiệp dinh dưỡng đối với trẻ là

người dân tộc đặc biệt là dân tộc H'mông. Đồng thời, cần trú trọng đảm bảo đủ dinh dưỡng cho trẻ học đường vùng dân tộc.

Từ khóa: Yếu tố liên quan; thấp còi; trẻ vị thành niên; dân tộc; Điện Biên

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO STUNTING IN ADOLESCENTS ETHNIC REGION DIEN BIEN PROVINCE, IN 2018

The nutritional status and health of adolescents is very important. A cross-sectional study was conducted on 4,069 children at 11 in ethnic minority semi-boarding schools in Dien Bien province in 2018 to determine some factors related to stunting in children 11-14 years old. The results showed that the poor and near-poor household economy status, children who had not yet reached puberty and the Hmong ethnic group were related factors that increase the risk of stunted. Therefore, it is necessary to have a comprehensive and long-term solution for nutritional interventions along with improving socio-economic status and family circumstances. Prioritize nutrition

¹Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Hà Nội

²Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Song Tú

Email: nguyensongtu@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022

Ngày duyệt bài: 23.11.2022