

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN ĐƯỢC CAN THIỆP NÚT MẠCH HÓA CHẤT SIÊU CHỌN LỌC TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Bộ*, Nguyễn Trung Kiên*, Đặng Đình Phúc*,
Nguyễn Xuân Hiền**, Ngô Tuấn Minh***, Nguyễn Xuân Khải***

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được can thiệp nút mạch hóa chất siêu chọn lọc tại Bệnh viện K Tân Triều (từ 9/2021- 6/2022). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp thực nghiệm lâm sàng không đối chứng trên 50 bệnh nhân chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào gan được can thiệp nút mạch hóa chất siêu chọn lọc. **Kết quả:** (1) Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu $61,56 \pm 9,57$; tỷ lệ nam/nữ: 11,5/1; tiền sử viêm gan B 82%. (2) Tỷ lệ AFP trước can thiệp < 20ng/ml chiếm 40,0%. (3) Đặc điểm hình ảnh học: Khối u thùy gan phải (78,0%), tổn thương 01 khối 68,0%, kích thước khối u trung bình $27,58 \pm 11,28$ mm; 98,0% giảm tỷ trọng ngấm thuốc mạnh trên cắt lớp vi tính 72,0%; tăng sinh mạch mức độ nhiều trên DSA là 74,0%. (4) Nguồn mạch nuôi khối u: xuất phát từ động mạch gan phải 78,0%, từ các động mạch ngoài gan; ĐM dưới hoành phải 12,0%. **Kết luận:** Tuổi mắc bệnh ung thư gan đa số là trung niên, nam giới chiếm tỷ lệ, có tiền sử mắc viêm gan B, tỷ lệ không nhỏ không tăng AFP trước can thiệp. Khối u đa số ở thùy gan phải, giảm tỷ trọng và ngấm thuốc mạnh, tăng sinh mạch mức độ nhiều trên CLVT và DSA. Nguồn mạch nuôi khối u: đa số động mạch gan phải, từ động mạch ngoài gan thường gặp ĐM dưới hoành phải.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG), nút mạch hóa chất siêu chọn lọc

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS UNDERGOING ULTRASELECTIVE CONVENTIONAL TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION INTERVENTION AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objectives: To describe some Clinical, Paraclinical and imaging Characteristics of hepatocellular carcinoma patients undergoing ultraselective conventional transarterial chemoembolization intervention at National Cancer

Hospital- Tan Trieu, from September 2021 to June 2022. **Subjects and research methods:** Uncontrolled clinical trials study on 50 patients with confirmed diagnosis of hepatocellular carcinoma who received ultra-selective chemotherapy embolization.

Results: (1) Average age of study subjects 61.56 ± 9.57 ; male to female ratio: 11.5/1; history of hepatitis B was 82%. (2) Pre-intervention AFP rate < 20 ng/ml accounted for 40.0%. (3) Imaging features: Right lobe tumor (78.0%), lesion 01 accounted for 68.0%, average tumor size was 27.58 ± 11.28 mm; 98.0% of tumors had reduced in density and strongly enhanced on computed tomography 72.0%; high degree of angiogenesis on DSA was 74.0%. (4) The source of blood vessels supplying the tumors: came from the right hepatic artery 78.0%, from the extrahepatic arteries: the right inferior diaphragmatic artery 12.0%.

Conclusion: The age of hepatocellular carcinoma patients was mostly middle-aged, male accounted for the majority, has a history of hepatitis B; a small percentage did not increase AFP before intervention. The majority of tumors were in the right lobe of the liver, decreased in density and strongly enhanced, and had a high degree of angiogenesis on computed tomography and DSA. The source of the artery supplying the tumors: most of the right hepatic artery, from the extrahepatic artery, the right inferior diaphragmatic artery was common.

Keywords: Hepatocellular carcinoma (HCC), ultraselective conventional transarterial chemoembolization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTBMTBG bệnh ung thư phổ biến xếp hàng thứ sáu trong các bệnh lý ung thư và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng hàng thứ tư trên toàn thế giới vào năm 2018, với khoảng 841.000 ca mắc mới và 782.000 ca tử vong hàng năm [1]. Theo Globocan 2020, tỷ lệ mắc ung thư gan đứng hàng thứ đầu ở nam giới, thứ 5 ở nữ giới trong các bệnh lý ung thư tại Việt Nam.

Nút mạch hóa chất là một phương pháp điều trị tạm thời cơ bản nhằm kéo dài thời gian và chất lượng cuộc sống cho các trường hợp UTBMTBG không còn chỉ định phẫu thuật. Các phương pháp hiện tại như cTACE và DEB-TACE đã và đang được triển khai áp dụng rộng rãi tuy nhiên các phương pháp này đều có những hạn chế nhất định. Ngày nay, với sự phát triển của kỹ thuật can thiệp, kỹ thuật nút mạch hóa chất siêu chọn lọc đã được nghiên cứu và ứng dụng trên lâm sàng. Phương pháp mới này nhằm mục đích

*Bệnh viện K Tân Triều

**Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

***Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Khải

Email: drxuankhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2022

Ngày duyệt bài: 23.9.2022

giảm liều thuốc hóa chất, giảm chi phí và giảm tác dụng phụ thường gặp sau nút mạch cho người bệnh [2]. Hiệu quả của phương pháp nút siêu chọn lọc hóa chất động mạch đã được chứng minh trong các thử nghiệm lâm sàng về khả năng kiểm soát được sự phát triển của khối u cũng như kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân và đã được áp dụng ở nhiều nước trên thế giới đặc biệt là Châu Á như Nhật Bản, Hàn Quốc,... [2].

Tại Việt Nam, hiện tại mới chỉ có một số trung tâm can thiệp lớn bắt đầu triển khai kỹ thuật này vào trong điều trị UTBMTBG tuy nhiên chưa có một nghiên cứu hay báo cáo chính thức được công bố trên riêng đối tượng bệnh nhân này. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: "Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh các khối u gan được nút mạch hóa chất siêu chọn lọc tại Viện K Tân Triều từ năm 2021 – 2022".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG nhập viện và điều trị tại: Bệnh viện K Tân Triều trong thời gian từ tháng 9/2021 đến tháng 6/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các BN được chẩn đoán xác định UTBMTBG bằng mô bệnh học; hoặc dựa trên chẩn đoán hình ảnh điển hình theo các hướng dẫn đồng thuận quốc tế.

- Chức năng gan xếp loại Child - Pugh A

- ECOG 0 điểm

- U đơn độc ≤ 5 cm, hoặc có đến 3 u ≤ 3 cm (Tiêu chuẩn Milan)

- Phân loại BCLC B- Kinki giai đoạn B1, Child Pugh A

- Không có huyết khối thân tĩnh mạch cửa, không có di căn ngoài gan.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Có di căn ngoài gan hoặc có huyết khối thân hoặc nhánh chính tĩnh mạch cửa. Đang chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Rối loạn đông máu: tỷ lệ prothrombin $< 50\%$; tiểu cầu < 50 G/l. Bệnh nhân không đồng ý phương pháp điều trị được chỉ định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp thực nghiệm lâm sàng không đối chứng.

2.2.2. Các bước thực hiện

- Lập mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Thăm khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính, chụp DSA trong quá trình can thiệp nút mạch hóa chất, mô bệnh học để chẩn đoán xác định.

- Tổng hợp và phân tích số liệu theo thuật toán thống kê.

2.2.3. Biến số nghiên cứu

- Lâm sàng và cận lâm sàng: Độ tuổi, giới tính, tình trạng viêm gan, triệu chứng lâm sàng, AFP.

- Hình ảnh khối u trên cắt lớp vi tính: Vị trí, tính chất, tỷ trọng, hình thái, đặc điểm ngấm thuốc, thải thuốc.

- Hình ảnh khối u trên DSA: Mức độ tăng sinh mạch

- Đặc điểm nguồn động mạch cấp máu nuôi khối u

2.2.4. Xử lý số liệu

Tất cả các số liệu được thống kê và xử lý bằng máy vi tính theo chương trình SPSS 22.0 của hiệp hội thống kê Hoa Kỳ.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới, tình trạng viêm gan đối tượng nghiên cứu

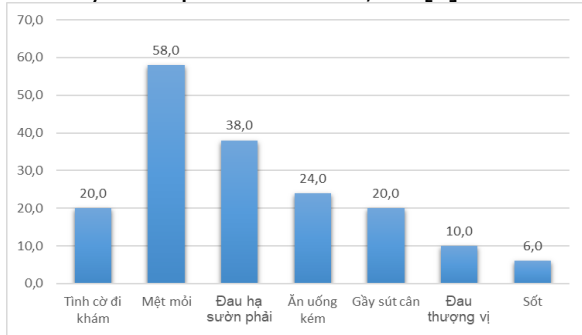
Đặc điểm		Số BN (n = 50)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$	61,56 \pm 9,57	
Nhóm tuổi	40 - 59	18	36,0
	60 - 79	30	60,0
	≥ 80	2	4,0
Giới	Nam	46	92,0
	Nữ	4	4,0
Tình trạng viêm gan	HBV (+)	41	82,0
	HCV (+)	3	6,0
	HBV + HCV (+)	1	2,0
	HBV và HCV (-)	5	10,0

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 61,56 \pm 9,57 tuổi, nhóm tuổi từ 60 – 79 tuổi chiếm tỷ lệ đa số 60,0%; tiếp đến 40 – 59 tuổi với 36,0%. Kết quả của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu về UTBMTBG ở Việt Nam nhưng có sự khác biệt so với các nghiên cứu trên thế giới đặc biệt các nghiên cứu Châu Âu. Ở các nước phương Tây, tỉ lệ mắc bệnh cao nhất ở những người từ 75 tuổi trở lên. Lý giải sự khác biệt này là do tại Việt Nam và một số nước Châu Á, tỷ lệ viêm gan virus B, C cao hơn nên tiến triển từ viêm gan đến xơ gan và ung thư gan thường biểu hiện sớm hơn.

Về phân bố giới, giới tính nam chiếm 92%, tỉ lệ nam: nữ là 11,5:1. Sự chiếm ưu thế của nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như trong nghiên cứu của tác giả trong và ngoài nước. Ở hầu hết các khu vực trên thế giới, nam giới được ghi nhận có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn nữ giới với tỉ lệ nam: nữ dao động từ 3:1 đến 4:1 [3]. Nguyên nhân tỉ lệ mắc ung thư gan

cao hơn ở nam có thể do nam giới tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ hơn. Nam giới có tỉ lệ nhiễm virus viêm gan B và C cao hơn, uống rượu, hút thuốc lá nhiều hơn, nhiều yếu tố nguy cơ hơn nữ giới.

Đối tượng nghiên cứu có nhiễm HBV chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,0%, nhiễm HCV 6,0%; không mắc virus viêm gan B và C chiếm 10%. Viêm gan virus B chiếm ưu thế trong hầu hết các nghiên cứu về ung thư gan ở Việt Nam, kết quả cũng tương tự những nghiên cứu trong nước khác. Nghiên cứu của tác giả Đào Việt Hằng có 73,5% bệnh nhân có HbsAg dương tính; tác giả Thái Doãn Kỳ có tỉ lệ nhiễm HBV 90,5% [4].



Biểu đồ 3.1. Triệu chứng thường gặp đối tượng nghiên cứu

Các triệu chứng cơ năng thường gặp: Mệt mỏi 58%, đau hạ sườn phải 38%, ăn uống kém 24,0%. Ung thư gan thường biểu hiện lâm sàng ở giai đoạn muộn, giai đoạn sớm không có triệu chứng đặc hiệu, triệu chứng hay gặp nhất là đau tức vùng gan, gan to, gầy sút cân như đã được ghi nhận ở nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước.

Bảng 2. Đặc điểm AFP đối tượng nghiên cứu trước can thiệp

AFP (ng/ml)	Số BN (n = 50)	Tỷ lệ (%)
$\bar{x} \pm SD$	295,30 ± 718,46	
Min - Max	1,14 - 4693,00	
< 20	20	40,0
20 - 399	21	42,0
≥ 400	9	18,0
Tổng số	50	100%

AFP huyết thanh không phải là một dấu ấn quyết định trong chẩn đoán HCC nhưng nó khá đặc hiệu khi nồng độ tăng cao ≥ 400ng/ml. Trong nghiên cứu của chúng tôi 60% bệnh nhân có tăng AFP, và trong đó chỉ có 18% BN có mức tăng AFP ≥ 400ng/ml. Nghiên cứu của Đào Việt Hằng, 19,3% có nồng độ AFP cao ≥ 400ng/ml [5]. Các tác giả trong và ngoài nước cũng phát hiện AFP bình thường ở các bệnh nhân ung thư tế bào gan với tỷ lệ từ 17- 40%. AFP bình thường chủ yếu ở các trường hợp ung thư tế bào

gan biệt hóa cao giai đoạn sớm, do đó độ nhạy của AFP trong chẩn đoán ung thư tế bào gan đối với những trường hợp này không cao.

3.2. Đặc điểm hình ảnh học khối u đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Đặc điểm hình ảnh khối u trên chụp cắt lớp vi tính

Đặc điểm	Số lượng (n = 50)	Tỷ lệ (%)	
Vị trí	Gan phải	39	78,0
	Gan trái	5	10,0
	Gan phải + trái	6	12,0
Số lượng	1 u	34	68,0
	2 u	10	20,0
	3 u	6	12,0
KTKU (mm)	$\bar{x} \pm SD$	27,58 ± 11,28	
	Min - Max	12 - 50	
	< 20	8	16,0
	20 - 29	29	58,0
	≥ 30	13	26,0
Hình thái	Thể khối đơn độc	37	74,0
	Thể khối có vệt tinh	7	14,0
	Thể nốt/ đa ổ khu trú	6	12,0
Đặc điểm u trước tiêm	Giảm tỷ trọng	49	98,0
	Đồng tỷ trọng	1	2,0
	Tăng tỷ trọng	0	0,0
CLVT thì động mạch	Ngấm thuốc mạnh	36	72,0
	Ngấm trung bình	8	16,0
	Ngấm thuốc ít	6	12,0
CLVT thì TMC	Thải thuốc	46	92,0
	Ngấm ít	4	8,0
CLVT thì muộn	Thải thuốc	50	100,0

Đa số đối tượng nghiên cứu có khối u tập trung tại thùy gan phải 78,0%, gan trái 10% và cả hai thùy gan 12,0%. Các nghiên cứu UTBMTBG đều ghi nhận tổn thương khối u gan thường gặp ở thùy gan bên phải. Điều này được giải thích do đặc điểm giải phẫu của thùy gan phải lớn hơn so với thùy gan T.

Tổn thương 1 khối u chiếm 68,0%, tổn thương 3 khối chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ 12,0%. Nghiên cứu tác giả Đoàn Việt Hằng tổn thương 1 khối u (66,9%), [5]; Vũ Mạnh Cường 70%, tuy nhiên kết quả này cao hơn so với tác giả Thái Doãn Kỳ 57,1% [4]. Sự khác biệt của các nghiên cứu là do mục tiêu và phương pháp điều trị trên từng nhóm đối tượng bệnh nhân UTBMTBG.

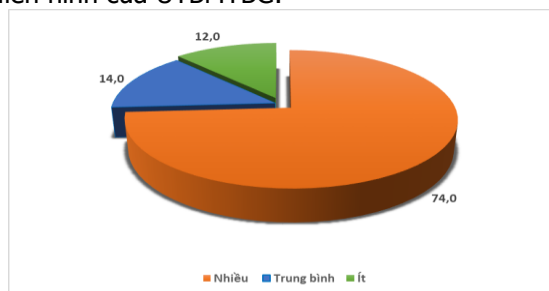
Kích thước khối u trung bình trên CLVT 27,5 ± 11,28mm, khối u có kích thước nhỏ nhất là 12mm và lớn nhất 50mm. Đa số khối u có kích thước từ 20 – 29mm chiếm tỷ lệ 58%; khối u ≥

30 mm chiếm tỷ lệ 26,0%. Kích thước trung bình của chúng tôi thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu trong 10 năm trở lại đây. Trong nghiên cứu của tác giả Thái Doãn Kỳ, phần lớn số trường hợp có u gan kích thước lớn trên 5cm (87,6%), kích thước u trung bình $7,8 \pm 2,5$ cm [4]. Trong nghiên cứu đa trung tâm PRECISION V ở châu Âu so sánh điều trị tắc mạch vi cầu với tắc mạch hóa chất truyền thống, kích thước u trung bình của 2 nhóm là 8,9cm [6]. Lý giải một phần có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đa phần là đối tượng kích thước u gan không lớn, và cũng có thể cùng với sự phát triển các kỹ thuật chẩn đoán, ý thức người bệnh cũng được cải thiện nên có thể phát hiện bệnh giai đoạn sớm hơn.

Về hình thái, tỷ lệ khối u gan trong nghiên cứu của chúng tôi có hình thái là thể khối có vệ tinh hay thể lan tỏa chiếm tỷ lệ 26%. Kết quả tương có cao hơn nghiên cứu tác giả Thái Doãn Kỳ (11,9%) nhưng lại thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên (71,0%). Các báo cáo trong nước và ngoài nước đều thấy u gan thể lan tỏa đáp ứng kém với điều trị hóa tắc mạch và là yếu tố tiên lượng xấu đối với kết quả sống thêm lâu dài [7].

Đại đa số khối u giảm tỷ trọng trước tiêm 98%, ngấm thuốc mạnh thì động mạch 72,0%. Stevens W.R nghiên cứu trên 70 bệnh nhân có tổn thương trên phim không tiêm thuốc cản quang, 94% là tổn thương giảm tỷ trọng so với nhu mô gan xung quanh, chỉ có 3% có tỷ trọng khối u lớn hơn so với nhu mô xung quanh [8].

Nghiên cứu chúng tôi, ở thì động mạch, 72% khối u ngấm thuốc mạnh và chỉ có 12% ngấm thuốc ít, 92% thải thuốc ở thì tĩnh mạch cửa và 100% hình ảnh thải thuốc ở thì muộn. Kết quả hình ảnh khối u gan trên CLVT ở cả ba thì rất phù hợp với mô tả về mặt lý thuyết hình ảnh điển hình của UTBMTBG.



Biểu đồ 2. Mức độ tăng sinh mạch khối u trên DSA

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khối u được phát hiện trên phim DSA chủ yếu là các khối u tăng sinh mạch ác tính mức độ nhiều chiếm tỷ lệ 74,0%, chỉ có 12% số khối u tăng sinh mạch

mức độ ít. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn Nguyễn Bạch Đăng với 92,75% khối u có hình ảnh tăng sinh mạch máu ác tính mức độ nhiều và vừa. Điều này được giải thích do nghiên cứu của chúng tôi đa số trên đối tượng có kích thước nhỏ, chưa có di căn xa, trong khi đó tác giả Nguyễn Bạch Đăng chủ yếu trên đối tượng khối u kích thước lớn, giai đoạn muộn.

Bảng 4. Động mạch nuôi u gan

Nguồn động mạch nuôi khối u		Số BN (n = 50)	Tỷ lệ %
Động mạch trong gan	ĐM gan phải	39	78,0
	ĐM gan trái	5	10,0
	Cả hai	6	12,0
Các động mạch ngoài gan	ĐM mạc treo tràng trên	2	4,0
	ĐM dưới hoành phải	6	12,0
	ĐM vị tá tràng	3	6,0
	ĐM thượng thận	1	2,0

Phần lớn các khối u được cấp máu bởi các nhánh của động mạch gan phải (78%), cấp máu từ nhánh động mạch gan trái chiếm tỷ lệ thấp (10%). Kết quả này phù hợp với kết quả của tác giả Phùng Anh Tuấn, động mạch gan phải chiếm 81,2% [9]. Điều này được giải thích do phần lớn các khối u gan nằm ở gan phải.

Có 12 trường hợp được cấp máu từ nguồn ngoài động mạch ngoài gan, trong đó thường gặp xuất phát từ động mạch dưới hoành phải (6 trường hợp chiếm 12%) và động mạch vị tá tràng (3 trường hợp chiếm 6%). Các trường hợp này phần lớn xuất hiện ở các bệnh nhân đã can thiệp nút mạch bằng các vật liệu nút mạch khác. Điều này được giải thích do khi các nhánh động mạch chính trong gan nuôi u bị nút tắc, những khối u tiếp tục phát triển sẽ tăng cường tưới máu từ nguồn động mạch ngoài gan như động mạch dưới hoành phải, động mạch mạc treo tràng trên...

IV. KẾT LUẬN

- Đa số đối tượng mắc UTBMTBG ở tuổi trung niên, tỷ lệ nam giới chiếm tỷ lệ đa số nam/nữ: 11,5/1; tiền sử viêm gan B 82%. Tỷ lệ AFP bình thường trước can thiệp (< 20ng/ml) 40,0%.

- Đặc điểm hình ảnh học: Khối u chủ yếu thùy gan P (78,0%), kích thước khối u trung bình $27,58 \pm 11,28$ mm; 98,0% giảm tỷ trọng ngấm thuốc mạnh trên cắt lớp vi tính 72%; tăng sinh mạch mức độ nhiều trên DSA là 74,0%.

- Nguồn mạch nuôi khối u: xuất phát từ động mạch gan P 78,0%, từ các Đm ngoài gan: thường gặp ĐM dưới hoành phải 12,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 68 (6), 394-424.
2. Miyayama S., Yamashiro M., Ikeda R., et al. (2021). Efficacy of Superselective Conventional Transarterial Chemoembolization Using Guidance Software for Hepatocellular Carcinoma within Three Lesions Smaller Than 3 cm. Cancers (Basel), 13 (24).
3. Yang D., Hanna D. L., Usher J., et al. (2014). Impact of sex on the survival of patients with hepatocellular carcinoma: a Surveillance, Epidemiology, and End Results analysis. Cancer, 120 (23), 3707-3716.
4. Thái Doãn Kỳ (2015). Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp tắc mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu DC Beads. Viện Nghiên cứu Khoa học Y dược Lâm sàng 108.
5. Đào Việt Hằng (2016). Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt nhiệt sóng cao tần với các loại kim được lựa chọn theo kích thước khối u, Luận văn Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. Lammer J., Malagari K., Vogl T. (2010). Prospective randomized study of doxorubicin-eluting-bead embolization in the treatment of hepatocellular carcinoma: results of the PRECISION V study. Cardiovasc Intervent Radiol, 33 (1), 41-52.
7. Tandon P., Garcia-Tsao G. (2009). Prognostic indicators in hepatocellular carcinoma: a systematic review of 72 studies. Liver Int, 29 (4), 502-510.
8. W R Stevens, C D Johnson, D H Stephens (1994). CT findings in hepatocellular carcinoma: correlation of tumor characteristics with causative factors, tumor size, and histologic tumor grade. Radiology, 191 (2), 531-537.
9. Phùng Anh Tuấn. (2018). Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh ung thư biểu mô tế bào gan trên chụp mạch số hóa xóa nền. Tạp chí Y dược học Quân sự. 2018:67-71.

THIẾU KẼM VÀ VITAMIN A Ở PHỤ NỮ TUỔI SINH ĐẸ CÁC XÃ NGHÈO HUYỆN MƯỜNG LA VẤN ĐỀ Ý NGHĨA SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

Nguyễn Hồng Trường¹, Nguyễn Thúy Anh¹, Nguyễn Song Tú¹

TÓM TẮT

Thiếu kẽm, thiếu vitamin A là vấn đề đáng quan tâm ở các nước nghèo và đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 395 phụ nữ từ 15-35 tuổi tại 5 xã nghèo thuộc huyện Mường La, tỉnh Sơn La để mô tả tình trạng kẽm và vitamin A huyết thanh. Kết quả cho thấy tỷ lệ thiếu kẽm là 85,3%, hàm lượng kẽm huyết thanh trung bình là $9,54 \pm 1,64 \mu\text{mol/L}$. Trong đó tỷ lệ thiếu kẽm cao nhất ở xã Ngọc Chiến (97,7%) và thấp nhất ở xã Nậm Giôn (58,9%). Tỷ lệ thiếu vitamin A tiền lâm sàng (VAD-TLS) của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là 5,3%, hàm lượng retinol huyết thanh trung bình là $1,17 \pm 0,39 \mu\text{mol/L}$. Hàm lượng retinol huyết thanh có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm tuổi ($p < 0,001$). Tỷ lệ nguy cơ và VAD-TLS cao nhất ở nhóm 15-19 tuổi (56,0%) và thấp nhất ở nhóm 25-29 tuổi (44,9%). Tỷ lệ thiếu kẽm và nguy cơ VAD-TLS vẫn còn cao, có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Do vậy cần thiết cải thiện tình trạng vi chất dinh dưỡng cho phụ nữ tuổi sinh đẻ tại các xã nghèo là cần thiết.

Từ khóa: thiếu kẽm, thiếu vitamin A, phụ nữ tuổi sinh đẻ, xã nghèo

SUMMARY

ZINC AND VITAMIN A DEFICIENCY AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE IN POOR

*Viện Dinh dưỡng Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Trường

Email: nguyenhongtruong@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 21.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.9.2022

Ngày duyệt bài: 21.9.2022

COMMUNES OF MUONG LA DISTRICT WAS A SIGNIFICANT PUBLIC HEALTH PROBLEM

Zinc, vitamin A deficiency is a matter of concern in poor and developing countries, including Vietnam. A cross-sectional study on 395 women aged 15-35 years old in 5 poor communes in Muong La district, Son La province to describe zinc and vitamin A status. The study results showed that the prevalence of zinc deficiency was 85.3%, the mean of serum zinc concentration was $9.54 \pm 1.64 \mu\text{mol/L}$. In which, prevalence of zinc deficiency was highest in Ngoc Chien commune (97.7%) and lowest in Nam Gion commune (58.9%). Prevalence of sub-clinical vitamin A deficiency (Sub-VAD) of the research subjects was 5.3%, the mean serum retinol concentration was $1.17 \pm 0.39 \mu\text{mol/L}$. There was a statistically significant difference in serum retinol concentration between age groups ($p < 0.001$). The prevalence of marginal and sub-VAD was highest in the 15-19 age group (56.0%) and the lowest in the 25-29 age group (44.9%). The prevalence of zinc deficiency and marginal sub-VAD remains high with public health problem. Therefore, intervention to improve the micronutrient status of women of reproductive age in poor communes here is necessary.

Keywords: zinc deficiency, vitamin A deficiency, women of reproductive age, poor commune

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu kẽm và vitamin A là một trong những vấn đề dinh dưỡng đang được quan tâm vì sự thiếu hụt các vi chất này ở các nước đang phát triển đã và đang trở thành vấn đề có ý nghĩa đối với sức khỏe cộng đồng. Kẽm và một vi chất mà