

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ GAN NGUYÊN PHÁT BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT MẠCH HÓA CHẤT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

NGUYỄN QUANG HƯNG<sup>1</sup>,  
NGUYỄN TRƯỜNG GIANG<sup>1</sup>, TRẦN BẢO NGỌC<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên  
<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thái Nguyên

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị trên bệnh nhân ung thư gan nguyên phát bằng phương pháp nút mạch hóa chất tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, thời gian từ tháng 8 năm 2016 đến tháng 8 năm 2020.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 58 bệnh nhân chẩn đoán xác định ung thư gan nguyên phát được điều trị bằng phương pháp nút mạch hóa chất tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên từ tháng 08/2016 đến tháng 08/2020. Trong đó, nhóm bệnh nhân hồi cứu gồm 34 BN có hồ sơ bệnh án đầy đủ tại Bệnh viện từ 8/2016-8/2018, nhóm bệnh nhân tiến cứu gồm những 24 BN được khám, chẩn đoán, làm thủ thuật tại TTUB từ 8/2018 - 8/2020.

**Kết quả và bàn luận:**

- Tuổi trung bình của bệnh nhân 56,4 ± 11,9 tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi, cao tuổi nhất là 78 tuổi. Tỷ lệ mắc viêm gan virus là 68,9%, trong đó chủ yếu là mắc viêm gan B, chiếm 65,5%. Có 1 bệnh nhân vừa mắc viêm gan B vừa mắc viêm gan C. Có 38 bệnh nhân (65,5%) nghiện rượu. Triệu chứng hay gặp nhất là đau hạ sườn phải chiếm 58,6%. Có 13,7% số bệnh nhân đến khám do mệt mỏi hoặc phát hiện vàng mắt, vàng da. Có 7 bệnh nhân chiếm 12,3% phát hiện u gan khi đi khám tình cờ.

- Vị trí u gan chủ yếu ở gan phải, chiếm 82,8%. Vị trí gan trái chiếm 13,8%, tổn thương ở cả gan phải và gan trái chiếm 3,4%. Tổn thương gan 1 ổ chiếm 53,4%, 2 ổ chiếm 19% và tổn thương gan đa ổ chiếm 27,6%. Kích thước khối u trung bình trong nghiên cứu này là 7,5 ± 3,2 cm.

Nhóm bệnh nhân có u kích thước từ 5-10 cm chiếm 44,8%, nhóm bệnh nhân có u kích thước < 5 cm chiếm 32,8%, còn lại là nhóm bệnh nhân có u kích thước > 10 cm chiếm 22,4%.

- Trong tháng đầu sau điều trị có 1 bệnh nhân tử vong do suy đa tạng sau nút mạch gan bằng hóa chất. Thời gian sống thêm trung bình là 20,8 ± 1,9 tháng (95% CI: 17,2 – 24,5). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 6 tháng là 91,2%, sau 12 tháng là 76,3% và sau 24 tháng là 30,5%. Bệnh nhân có khối u kích thước < 5 cm có thời gian sống thêm trung bình là 26,1 ± 3,2 tháng, trong khi nhóm bệnh nhân có khối u > 10 cm có thời gian sống thêm trung bình ngắn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Thời gian sống thêm toàn bộ trung của nhóm bệnh nhân nút mạch từ 2 lần trở lên là 31,3 ± 4,1 tháng, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân chỉ nút mạch 1 lần (16,9 ± 1,5 tháng) ( $p = 0,002$ ).

**Từ khóa:** Ung thư gan nguyên phát, nút mạch hóa chất, sống thêm toàn bộ, đặc điểm lâm sàng

## SUMMARY

THE RESULT OF TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION (TACE) IN PRIMARY HEPATO - CELLULAR CARCINOMA AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Aims:** To describe the clinical features and the result of transarterial chemoembolization (TACE) in primary hepato - cellular carcinoma at Thainguyen national hospital from August 2016 to August 2020.

**Patient and methods:** 58 patients who diagnosed with hepato - cellular carcinoma (HCC) were treated by TACE at Thainguyen national hospital from August 2016 to August 2020. Divided into two groups: Retrospective patient group includes 34 patients with full medical records at the hospital from August 2016 to August 2018 and prospective patients group includes 24 patients who were examined, diagnosed and treated at hospital from August 2018 to August 2020.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Quang Hưng  
Email: hungubuou@gmail.com  
Ngày nhận: 08/9/2020  
Ngày phản biện: 15/10/2020  
Ngày duyệt bài: 27/10/2020

### Results and discussion:

- The average age of patients was  $56.4 \pm 11.9$  years old. The youngest patient was 18 years old, the oldest was 78 years old. The rate of hepatitis by virus was 68.9%, of which hepatitis B was 65.5%. A patient had both HBV and HCV infection. The most common symptom was right abdominal pain accounting for 58.6%; 13.7% of patients visited due to fatigue or detection of jaundice. 7 patients who accounted for 12.3% was detected accidentally.

- The location of liver tumors is mainly in the right liver, accounting for 82.8%. The position of the left liver accounted for 13.8%, lesions in both the right and left liver accounted for 3.4%. Single hepatocellular carcinoma accounted for 53.4%. The average tumor size was  $7.5 \pm 3.2$  cm. The group of patients with tumors 5-10 cm accounted for 44.8%, the group of patients with tumors size < 5 cm accounted for 32.8%.

- The mean overall survival was  $20.8 \pm 1.9$  months (95% CI: 17.2 - 24.5). The overall survival rate after followed 6 months was 91.2%, after 12 months was 76.3% and after 24 months was 30.5%. Patients with tumors size < 5 cm had a mean survival time of  $26.1 \pm 3.2$  months, while the group of patients with tumors > 10 cm had a shortest mean survival ( $p < 0.001$ ). The mean survival time of the group of patients who had 2 or more TACE procedure was  $31.3 \pm 4.1$  months, which was statistically significantly higher than the group of patients with only one TACE ( $16.9 \pm 1.5$  months) ( $p = 0.002$ ).

**Keywords:** Hepato - cellular carcinoma, transarterial chemoembolization, overall survival, clinical features.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) nguyên phát là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo Globocan 2018, ung thư gan đứng thứ 7 trong các bệnh ung thư hay gặp ở cả hai giới với 841.040 ca mắc (4,7%) và 781.631 ca tử vong (8,2%). Tỷ lệ mắc ở nam giới cao hơn nữ giới. Tại Việt Nam, cũng theo Globocan 2018, ung thư gan là bệnh ung thư có tỷ lệ mắc cao nhất với 25.335 ca mắc (15,4%) [1]. UTBMTBG nguyên phát thường gặp trên nền xơ gan, ít gặp trên gan lành. Nguyên nhân gây ung thư gan cho đến nay vẫn chưa rõ. Người ta chỉ thấy các yếu tố nguy cơ dẫn đến UTBMTBG nguyên phát do nhiễm virus viêm gan B, C (HBV, HCV), nghiện rượu, một số độc tố gây ung thư như Aflatoxin. Những yếu tố này dẫn đến xơ gan và cuối cùng là ung

thư gan. [2] Có nhiều phương pháp để điều trị ung thư gan như phẫu thuật, điều trị hóa chất, xạ trị ngoài và nút hóa chất (TACE: Transcarterial Chemoembolization), đốt sóng cao tần... Phương pháp điều trị được lựa chọn hàng đầu đối với ung thư gan giai đoạn sớm là điều trị bằng phẫu thuật.[3] Tuy vậy, tại Trung tâm Ung Bướu Thái Nguyên phần lớn bệnh nhân đến viện thường không có chỉ định phẫu thuật do ung thư giai đoạn muộn hoặc từ chối phẫu thuật do đó việc lựa chọn phương pháp điều trị bằng nút mạch được đặt lên hàng đầu. Do vậy, đề tài này được tiến hành nhằm mục đích: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị trên bệnh nhân ung thư gan nguyên phát bằng phương pháp nút mạch hóa chất tại Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong khoảng thời gian từ tháng 8 năm 2016 đến tháng 8 năm 2020.*

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 58 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTBMTBG được nút mạch gan bằng Lipiodol và Doxorubicin tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ T8/2016 - T8/2020. Trong đó nhóm bệnh nhân hồi cứu gồm 34 BN có hồ sơ bệnh án đầy đủ tại Bệnh viện từ 8/2016 - 8/2018, nhóm bệnh nhân tiến cứu gồm những 24 BN được khám, chẩn đoán, làm thủ thuật tại Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 8/2018 - 8/2020.

#### 1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Những bệnh nhân được chẩn đoán là UTBMTBG theo tiêu chuẩn Barcelona 2010, có chỉ số toàn trạng ECOG P.S  $\leq 2$ , không có huyết khối thân tĩnh mạch cửa hoặc đảo chiều dòng chảy tĩnh mạch cửa, chẩn đoán Child-Pugh A hoặc B, tỷ lệ Prothrombin > 50%, được điều trị nút mạch hóa chất tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong khoảng thời gian từ tháng 8/2016 đến tháng 8/2020 và có đầy đủ hồ sơ bệnh án lưu trữ.

#### 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân đã được điều trị bằng các phương pháp khác như phẫu thuật, tiêm cồn, đốt sóng cao tần, đã nút mạch gan. Có bệnh lý nặng khác phối hợp như suy tim, nhồi máu cơ tim, suy thận. Có tiền sử dị ứng iod. Tổn thương gan giai đoạn Child-Pugh C.

#### 2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả lâm sàng hồi cứu kết hợp với tiến cứu

### 3. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu thông tin BN theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án lưu trữ và lấy thông tin trực tiếp với những bệnh nhân tiến cứu.

### 4. Phân tích và xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được mã hóa trên máy vi tính và được xử lý bằng phần mềm SPSS 21.0. Sử dụng test  $\chi^2$  để kiểm định ý nghĩa thống kê khi so sánh các tỷ lệ. Trong trường hợp giá trị lý thuyết nhỏ thì dùng test  $\chi^2$  với hiệu chỉnh Fisher với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

### 5. Vấn đề y đức

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thông qua.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước nút mạch

#### 1.1. Đặc điểm về tuổi

Tuổi trung bình của bệnh nhân  $56,4 \pm 11,9$  tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi, cao tuổi nhất là 78 tuổi. Phần lớn bệnh nhân nằm trong nhóm tuổi từ 50 - 70 tuổi, chiếm 65,5%. Nhóm tuổi  $>70$  chiếm tỷ lệ thấp nhất là 8,6%.

#### 1.2. Đặc điểm về giới và tiền sử bệnh tật

Bảng 1. Đặc điểm về giới và tiền sử bệnh tật

		Số BN	Tỷ lệ %
Giới	Nam	51	87,9%
	Nữ	7	12,1%
Nghiên rượu		38	65,5%
Viêm gan B		38	65,5%
Viêm gan C		2	3,4%

- Tỷ lệ nam cao hơn nữ, tỉ số nam/nữ: 7/1

- Tỷ lệ mắc viêm gan virus là 68,9%, trong đó chủ yếu là mắc viêm gan B, chiếm 65,5%. Có 1 bệnh nhân vừa mắc viêm gan B vừa mắc viêm gan C. Có 38 bệnh nhân (65,5%) nghiện rượu.

#### 1.3. Lý do vào viện

Bảng 2. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số BN	Tỷ lệ
Gầy sút cân	1	1,7%
Đau hạ sườn phải	34	58,6%
Vàng mắt, vàng da	8	13,7%
Mệt mỏi	8	13,7%
Phát hiện tinh cờ qua siêu âm ổ bụng	7	12,3%
Tổng	58	100%

Lý do đi khám hay gặp nhất là đau hạ sườn phải chiếm 58,6%. Có 13,7% số bệnh nhân đến

khám do mệt mỏi hoặc phát hiện vàng mắt, vàng da do tăng bilirubin máu. Có 7 bệnh nhân chiếm 12,3% phát hiện u gan khi đi khám tình cờ.

### 1.4. Đặc điểm khối u

Bảng 3. Đặc điểm khối u

		Số BN	Tỷ lệ
Số lượng khối u gan	1 khối	31	53,4%
	2 khối	11	19%
	$\geq 3$ khối	16	27,6%
Vị trí khối u	Gan phải	48	82,8%
	Gan trái	8	13,8%
	Cả 2 bên	2	3,4%
Kích thước khối u (lớn nhất)	$\leq 5$ cm	19	32,8%
	$5 < u \leq 10$ cm	26	44,8%
	$> 10$ cm	13	22,4%

- Tổn thương gan có 1 ổ đơn độc có tỷ lệ cao nhất chiếm 53,4%.

- Tổn thương u trong nghiên cứu chủ yếu nằm ở gan phải, chiếm 82,2%. Có 3,4% số bệnh nhân có tổn thương ở cả 2 bên.

- Khối u có kích thước  $5 < u \leq 10$  cm là hay gặp nhất, chiếm 44,8%. Khối u  $\leq 5$  cm chiếm 32,8%.

### 1.5. Chỉ số Alpha FP

Bảng 4. Chỉ số Alpha FP

	Số BN	Tỷ lệ %
$\leq 20$ ng/ml	21	36,2
$20 < \dots \leq 400$ ng/ml	23	37,9
$> 400$ ng/ml	14	24,1

Nhận xét: Bệnh nhân có chỉ số AFP ( $20 < \dots \leq 400$  ng/ml) chiếm tỷ lệ cao nhất là 37,9%.

### 2. Thời gian sống thêm

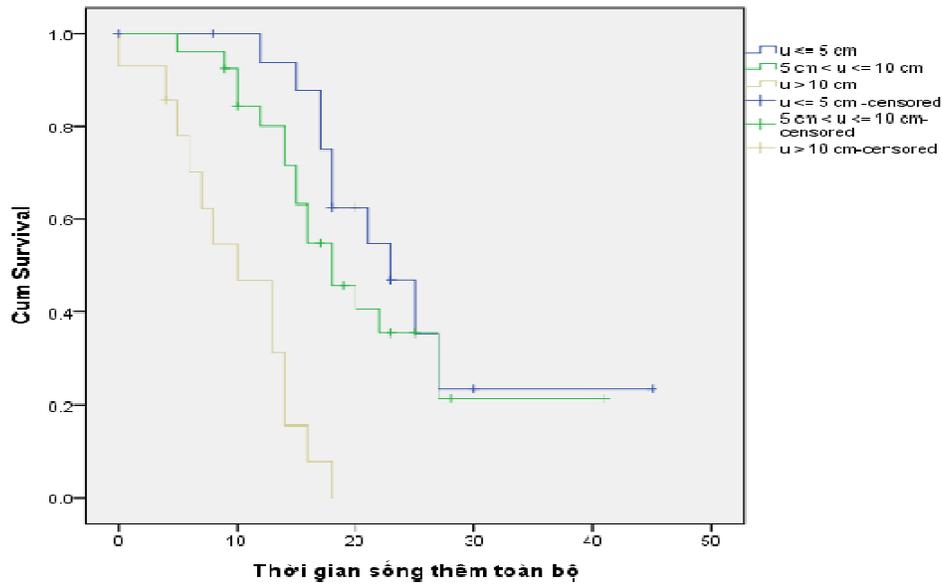
#### 2.1. Thời gian sống thêm toàn bộ

Bảng 5. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo thời gian

Thời gian	Tỷ lệ Sống thêm toàn bộ
Sau 1 tháng	98,3%
Sau 3 tháng	98,3%
Sau 6 tháng	91,2%
Sau 12 tháng	76,3%
Sau 18 tháng	39,7%
Sau 24 tháng	30,5%
Sau 30 tháng	17,1%

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình là  $20,8 \pm 1,9$  tháng (95% CI: 17,2 – 24,5). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 6 tháng là 91,2%, sau 12 tháng là 76,3% và sau 24 tháng là 30,5%.

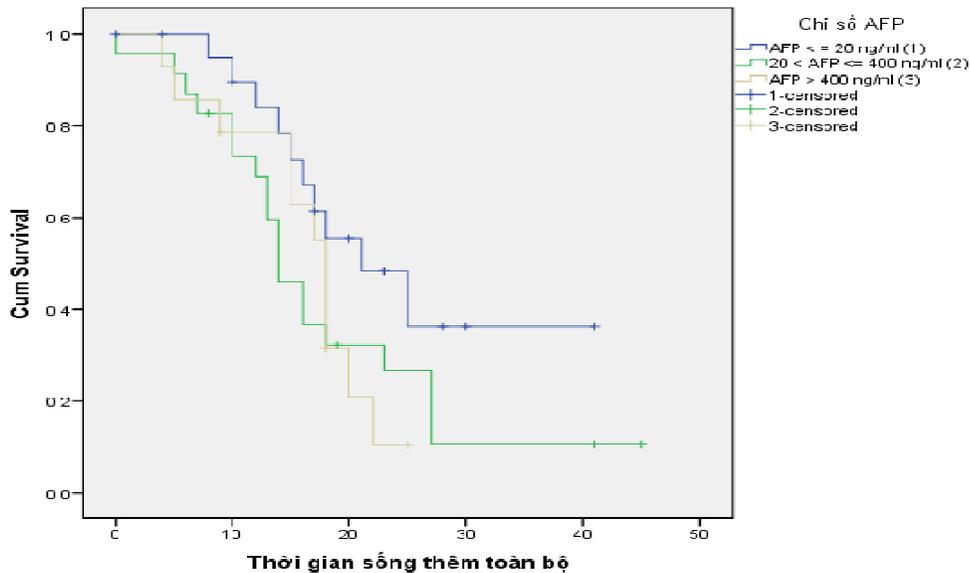
## 2.2. Liên quan giữa thời gian sống thêm toàn bộ với kích thước u



**Biểu đồ 1. Liên quan STTB với kích thước u**

Nhận xét: Bệnh nhân có khối u kích thước < 5 cm có thời gian sống thêm trung bình là  $26,1 \pm 3,2$  tháng, trong khi nhóm bệnh nhân có khối u > 10 cm có thời gian sống thêm trung bình ngắn nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

## 2.3. Liên quan giữa thời gian sống thêm toàn bộ với nồng độ Alpha FP

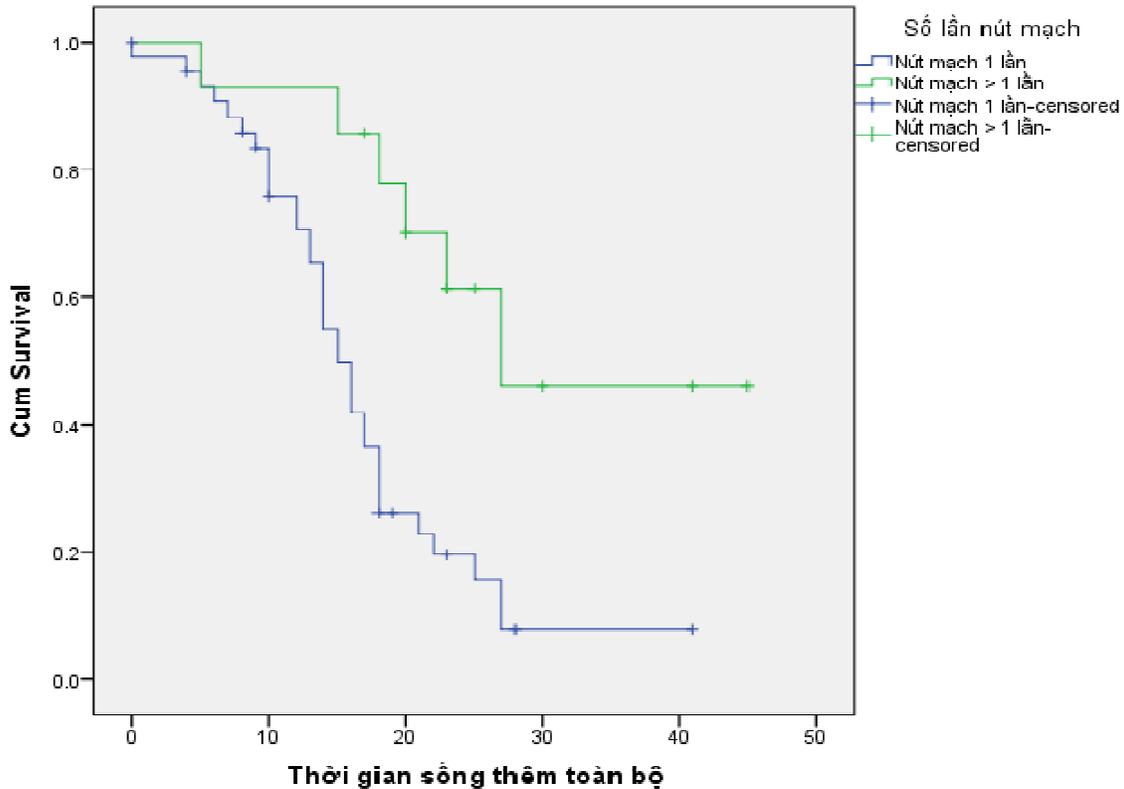


**Biểu đồ 2. Liên quan STTB với chỉ số AFP**

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có chỉ số AFP < 20 ng/ml có thời gian sống thêm trung bình  $25,6 \pm 3,2$  tháng, dài hơn nhóm bệnh nhân có chỉ số AFP cao hơn. Nhóm bệnh nhân có chỉ số AFP > 400 ng/ml, thời gian sống thêm trung bình là  $16,2 \pm 1,6$  tháng. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,13$ ).

**2.3. Liên quan giữa thời gian sống thêm toàn bộ với số lần nút mạch**

**2.4.**



**Biểu đồ 3. Liên quan STTB với số lần nút mạch**

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ trung của nhóm bệnh nhân nút mạch từ 2 lần trở lên là  $31,3 \pm 4,1$  tháng, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân chỉ nút mạch 1 lần ( $16,9 \pm 1,5$  tháng) ( $p = 0,002$ ).

**BÀN LUẬN**

**\* Về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

- Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước. Như theo tác giả Nguyễn Quang Thành cũng nghiên cứu về điều trị ung thư gan nguyên phát bằng nút mạch hóa dầu, tuổi trung bình của bệnh nhân là  $63,1 \pm 9,6$ , tuy nhiên nhóm tuổi hay gặp nhất trong nghiên cứu này tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi và chiếm 68,6%. [4] Theo Phạm Hoàng Anh nghiên cứu về ung thư gan nguyên phát trên ở Hà Nội thì lứa tuổi thường gặp nhất lại trong độ tuổi 40 - 60. Theo tác giả Barman, tuổi trung bình của bệnh nhân

được điều trị TACE là 60 tuổi, thấp nhất là 48 tuổi, cao nhất là 90 tuổi. [5]

- Trong nghiên cứu này, tỉ lệ mắc viêm gan virus là 68,9%, trong đó chủ yếu là mắc viêm gan B, chiếm 65,5%. Có 1 bệnh nhân vừa mắc viêm gan B vừa mắc viêm gan C. Có 38 bệnh nhân (65,5%) nghiện rượu. Nguyên nhân gây ung thư gan nguyên phát đã được chỉ ra là do viêm gan mạn tính do virus. Tại Việt Nam, tỉ lệ mắc viêm gan B mạn tính giao động từ 8,8 - 19%, mắc viêm gan C mạn tính từ 1,0 - 3,3% tùy thuộc từng vùng dân cư khác nhau. Tỉ lệ mắc viêm gan B trong cộng đồng cao hơn hẳn tỉ lệ mắc viêm gan C, đồng thời tỉ lệ mắc viêm gan C cao hơn ở những cộng đồng dân cư ở miền nam. [6] [2] Do vậy, điều này có thể lý giải tại sao trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân mắc viêm gan B cao hơn rất nhiều so với bệnh nhân mắc viêm gan C. Tỉ lệ bệnh nhân có tiền sử viêm gan mãn tính trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so

với nhiều nghiên cứu khác được tiến hành tại Việt Nam, như theo tác giả Nguyễn Quang Thành có tới 84,31% bệnh nhân nghiên cứu có HBsAg dương tính [4]. Tỷ lệ này của chúng tôi cũng thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Anh Tuấn 76,9% [7]. Qua đây có thể thấy vai trò của sử dụng nhiều rượu liên quan đến bệnh ung thư biểu mô tế bào gan ở một số vùng của các tỉnh miền núi phía Bắc.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng hay gặp nhất là đau hạ sườn phải chiếm 58,6%. Có 13,7% số bệnh nhân đến khám do mệt mỏi hoặc phát hiện vàng mắt, vàng da do tăng bilirubin máu. Có 7 bệnh nhân chiếm 12,3% phát hiện u gan khi đi khám tình cờ. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của nhiều nghiên cứu khác được thực hiện tại Việt Nam, như theo tác giả Nguyễn Quốc Hùng, 69,6% bệnh nhân vào viện với triệu chứng đau hạ sườn phải, tuy nhiên chỉ có 5,1% số bệnh nhân phát hiện tình cờ qua siêu âm ổ bụng, tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [8].

- Kích thước khối u trung bình trong nghiên cứu này là  $7,5 \pm 3,2$  cm. Khối u bé nhất được can thiệp nút mạch có kích thước 2,5 cm, đây là một trường hợp khối u đơn độc, nằm ở gan hạ phân thùy 7 nhưng bệnh nhân từ chối phẫu thuật. Khối u lớn nhất có kích thước 15,7 cm, nằm ở gan phải. Nhóm bệnh nhân có u kích thước từ 5-10 cm chiếm 44,8%, nhóm bệnh nhân có u kích thước < 5 cm chiếm 32,8%, còn lại là nhóm bệnh nhân có u kích thước > 10 cm chiếm 22,4%.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có AFP tăng mạnh ( $\geq 400$ ) chiếm 24,1%. Tỷ lệ không tăng AFP là 36,2%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong nước như theo Nguyễn Quang Thành, BN nghiên cứu có AFP tăng mạnh ( $\geq 400$ ) chiếm 41,18%. Tỷ lệ không tăng AFP là 23,53% [4]. Tác giả Nguyễn Quốc Hùng, 47,9% số trường hợp có AFP >400 UI/ml, chỉ có 21,4% số trường hợp có AFP không tăng (< 20 UI/ml) [8]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ mối tương quan giữa nồng độ AFP với số lượng, kích thước khối u và thời gian sống của bệnh nhân. Tỷ lệ AFP dương tính mạnh (> 400 ng/ml) ở những trường hợp có từ 2 khối u trở lên cao hơn những trường hợp chỉ có một khối u. Tỷ lệ AFP dương tính mạnh ở những trường hợp khối u lớn (đường kính > 3cm), cao hơn rõ rệt so với những trường hợp có khối u nhỏ hơn 3 cm. Do vậy sự khác biệt trên do trong nghiên cứu của này, tỉ lệ tổn thương đa ổ chiếm tới 47,6% so với 35,3% trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn

Quang Thành [4]. Trong một nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả của TACE, tỉ lệ BN có chỉ số AFP >400 ng/ml chiếm 33,6% [9].

## 2. Về thời gian sống thêm sau nút mạch

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong tháng đầu sau điều trị có 1 bệnh nhân tử vong do suy đa tạng sau nút mạch gan bằng hóa dầu. Thời gian sống thêm trung bình là  $20,8 \pm 1,9$  tháng (95% CI: 17,2 – 24,5). Tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau 6 tháng là 91,2%, sau 12 tháng là 76,3% và sau 24 tháng là 30,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quốc Hùng với thời gian sống thêm trung bình là  $15,25 \pm 9,04$  tháng. Sự khác biệt này có thể giải thích do trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quốc Hùng có thời gian theo dõi ngắn hơn so với nghiên cứu của chúng tôi với bệnh nhân theo dõi dài nhất được 33 tháng. Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Thành, tỉ lệ sống thêm sau 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 74,7%; 55,4%; 29%. Tỉ lệ sống thêm trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn khi so với nghiên cứu trên, điều này có thể giải thích do có tới 32,8% số bệnh nhân trong nghiên cứu có kích thước u < 5 cm, so với 23,5% u có kích thước < 5 cm trong nghiên cứu của tác giả trên. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác có kết quả sống thêm tốt hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, theo tác giả Liu, thời gian sống thêm trung bình sau TACE là 37 tháng, tỉ lệ sống sau 5 năm là 33,3% [10].

- Các yếu tố liên quan đến sống thêm toàn bộ:

+ Liên quan thời gian sống thêm với kích thước u: Số lượng và phân bố của u gan cũng như kích thước đều ảnh hưởng đến chỉ định và kết quả điều trị. Các tác giả thống nhất nếu đường kính dưới 5cm thì tiên lượng tốt, chỉ là một khối tiên lượng sẽ tốt hơn, trên 1 khối chứng tỏ có lan tràn của bệnh, đặc biệt ở cả gan phải và trái thì điều trị khó khăn hơn vì phải gây tắc cả động mạch gan phải và trái. Theo tác giả Nguyễn Quang Thành, thời gian sống thêm toàn bộ của bệnh nhân có u có KT < 5 cm lớn hơn thời gian sống thêm của BN có u >5 cm và > 10cm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  [4]. Một nghiên cứu được tiến hành tại Hàn Quốc nghiên cứu trên 175 ca ung thư gan có kích thước u < 5 cm được nút mạch hóa dầu, thời gian sống thêm toàn bộ là  $80,7 \pm 5,6$  tháng, tỉ lệ sống thêm 5 năm là 49,9% [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự, bệnh nhân có khối u kích thước < 5 cm có thời gian sống thêm trung bình là  $26,1 \pm 3,2$  tháng,

trong khi nhóm bệnh nhân có khối u > 10 cm có thời gian sống thêm trung bình ngắn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Thời gian sống thêm tốt hơn sau điều trị của nhóm bệnh nhân có khối u < 5 cm so với các nhóm bệnh nhân khác là do với khối u < 5 cm, số lượng mạch máu nuôi dưỡng ít và tổ chức u hoại tử ít hơn, nên khối u được kiểm soát tốt hơn bằng hóa dầu so với các khối u lớn hơn. Một số nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự. [12]

+ Liên quan giữa thời gian sống thêm với chỉ số AFP: Mối tương quan giữa nồng độ AFP với số lượng, kích thước khối u và thời gian sống của bệnh nhân đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Tỷ lệ AFP dương tính mạnh (> 400 ng/ml) ở những trường hợp có từ 2 khối u trở lên là 84,00%, cao hơn những trường hợp chỉ có một khối u. Tỷ lệ AFP dương tính mạnh ở những trường hợp khối u lớn (đường kính > 3cm) là 83,33%, cao hơn rõ rệt so với những trường hợp có khối u nhỏ (33,33%). Tỷ lệ AFP dương tính mạnh cũng chiếm phần đông các bệnh nhân có thời gian sống thêm ngắn. Nồng độ AFP có thể giảm nhanh ở những bệnh nhân được điều trị. Sự tăng AFP trở lại sau điều trị thể hiện bệnh tái phát hoặc thất bại của điều trị [13]. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân có chỉ số AFP < 20 ng/ml có thời gian sống thêm trung bình  $25,6 \pm 3,2$  tháng, dài hơn nhóm bệnh nhân có chỉ số AFP cao hơn. Nhóm bệnh nhân có chỉ số AFP > 400 ng/ml, thời gian sống thêm trung bình là  $16,2 \pm 1,6$  tháng. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,13$ ).

+ Liên quan giữa thời gian sống thêm với số lần nút mạch gan: Thời gian sống thêm toàn bộ trung của nhóm bệnh nhân nút mạch từ 2 lần trở lên là  $31,3 \pm 4,1$  tháng, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân chỉ nút mạch 1 lần ( $16,9 \pm 1,5$  tháng) ( $p = 0,002$ ). Tuy nhiên, số bệnh nhân nút mạch nhiều lần chủ yếu nằm ở nhóm bệnh nhân có u < 5 cm và đơn độc, nên thời gian sống thêm toàn bộ cao hơn của nhóm được nút mạch nhiều lần có thể hiểu được trong nghiên cứu của chúng tôi.

## KẾT LUẬN

### 1. Về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Tuổi trung bình của bệnh nhân  $56,4 \pm 11,9$  tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi, cao tuổi nhất là 78 tuổi.

- Tỷ lệ mắc viêm gan virus là 68,9%, trong đó chủ yếu là mắc viêm gan B, chiếm 65,5%. Có 1 bệnh nhân vừa mắc viêm gan B vừa mắc viêm gan C. Có 38 bệnh nhân (65,5%) nghiện rượu.

- Triệu chứng hay gặp nhất là đau hạ sườn phải chiếm 58,6%. Có 13,7% số bệnh nhân đến khám do mệt mỏi hoặc phát hiện vàng mắt, vàng da do tăng bilirubin máu. Có 7 bệnh nhân chiếm 12,3% phát hiện u gan khi đi khám tình cờ.

- Vị trí u gan chủ yếu ở gan phải, chiếm 82,8%. Vị trí gan trái chiếm 13,8%, tổn thương ở cả gan phải và gan trái chiếm 3,4%. Tổng thương gan 1 ổ chiếm 53,4%, 2 ổ chiếm 19% và tổn thương gan đa ổ chiếm 27,6%.

- Kích thước khối u trung bình trong nghiên cứu này là  $7,5 \pm 3,2$  cm. Nhóm bệnh nhân có u kích thước từ 5-10 cm chiếm 44,8%, nhóm bệnh nhân có u kích thước < 5 cm chiếm 32,8%, còn lại là nhóm bệnh nhân có u kích thước > 10 cm chiếm 22,4%.

### 2. Về thời gian sống thêm toàn bộ sau nút mạch

- Thời gian sống thêm trung bình là  $20,8 \pm 1,9$  tháng (95% CI: 17,2 – 24,5). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 6 tháng là 91,2%, sau 12 tháng là 76,3% và sau 24 tháng là 30,5%.

- Bệnh nhân có khối u kích thước < 5 cm có thời gian sống thêm trung bình là  $26,1 \pm 3,2$  tháng, trong khi nhóm bệnh nhân có khối u > 10 cm có thời gian sống thêm trung bình ngắn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

- Thời gian sống thêm toàn bộ trung của nhóm bệnh nhân nút mạch từ 2 lần trở lên là  $31,3 \pm 4,1$  tháng, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân chỉ nút mạch 1 lần ( $16,9 \pm 1,5$  tháng) ( $p = 0,002$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., Jemal, A. (2018), "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries". *CA Cancer J Clin.* 68(6): p. 394-424.

2. Gish, R. G., Bui, T. D., Nguyen, C. T., Nguyen, D. T., Tran, H. V., Tran, D. M., Trinh, H. N. (2012), "Liver disease in Viet Nam: screening, surveillance, management and education: a 5-year plan and call to action". *J Gastroenterol Hepatol.* 27(2): p. 238-47.

3. Raoul, J. L., Forner, A., Bolondi, L., Chung, T. T., Kloekner, R., de Baere, T. (2019), "Updated use of TACE for hepatocellular carcinoma treatment: How and when to use it based on clinical evidence". *Cancer Treat Rev.* 72: p. 28-36.

4. Nguyễn Quang Thành (2014), "Đánh giá kết quả nút mạch gan bằng hóa dầu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng", Chuyên ngành ung thư.

5. Barman, Pranab M., Sharma, Pratima,

Krishnamurthy, Venkat, Willatt, Jonathon, McCurdy, Heather, Moseley, Richard H., Su, Grace L. (2014), "Predictors of mortality in patients with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization". *Digestive diseases and sciences*. 59(11): p. 2821-2825.

6. Do Huy Son (2015), "Epidemiology of Hepatitis B and C Virus Infections and Liver Cancer in Vietnam". *Euroasian journal of hepatogastroenterology*. 5(1): p. 49-51.

7. Lê Anh Tuấn (2004), "Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng nút hoá chất động mạch gan.", Chuyên ngành Ung Thư, Luận văn Thạc sĩ Y khoa, Đạo học Y Hà Nội

8. Nguyễn Quốc Hùng (2013), "Ứng dụng phương pháp nút mạch can thiệp trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát". *Tạp chí Điện quang Việt Nam*. 12: p. tr.553-559.

9. Ren, Yanqiao, Cao, Yanyan (2019), "Improved clinical outcome using transarterial chemoembolization combined with radiofrequency ablation for patients in Barcelona clinic liver cancer

stage A or B hepatocellular carcinoma regardless of tumor size: results of a single-center retrospective case control study". *BMC cancer*. 19(1): p. 983-983.

10. Liu, Y. S, Lin, C. Y, Chuang M. T (2018), "Five-year outcome of conventional and drug-eluting transcatheter arterial chemoembolization in patients with hepatocellular carcinoma". *BMC Gastroenterol*. 18(1): p. 124.

11. Baek, Min Young, Yoo (2019), "Clinical outcomes of patients with a single hepatocellular carcinoma less than 5 cm treated with transarterial chemoembolization". *The Korean journal of internal medicine*. 34(6): p. 1223-1232.

12. Terzi E, Piscaglia F, Forlani L (2014), "TACE performed in patients with a single nodule of hepatocellular carcinoma". *BMC Cancer*. 14: p. 601.

13. Zhu, Kai, Dai, Zhi, Zhou, Jian (2013), "Biomarkers for hepatocellular carcinoma: progression in early diagnosis, prognosis, and personalized therapy". *Biomarker Research*. 1(1): p. 10.

## ĐÁNH GIÁ NHU CẦU VÀ KHẢ NĂNG ĐÁP ỨNG DỊCH CUNG CẤP Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY SAU GIAI ĐOẠN CẤP

MAI LỆ HUYỀN, CAO MINH CHÂU  
Trường Đại học Y Hà Nội

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nước rất quan trọng với cơ thể con người, đặc biệt là với những bệnh nhân đang nằm điều trị nội trú trong bệnh viện. Các bệnh nhân có rối loạn nuốt sau đột quy đều có nguy cơ không được cung cấp đủ lượng dịch cho cơ thể, và do vậy mà dễ rơi vào tình trạng mất nước. Tuy nhiên, có rất ít thông tin về vấn đề này trong y văn.

**Mục tiêu:** Tìm hiểu lượng dịch trung bình hàng ngày và đánh giá dấu hiệu mất nước thông qua tỷ lệ ure/crea và tình trạng sức khỏe của các bệnh nhân có rối loạn nuốt sau đột quy điều trị nội trú trong viện.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 40 bệnh nhân được chẩn đoán đột quy và có rối loạn nuốt được nuôi dưỡng hoàn toàn qua sonde dạ dày tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 3/2020 đến tháng 8/2020.

**Kết quả:** Các đối tượng nghiên cứu có lượng dịch cung cấp là  $1650 \pm 345$ ml, đáp ứng 82% mức tiêu chuẩn (30ml/kg) của cơ thể. Gần 34% các đối tượng nghiên cứu có dấu hiệu mất nước dựa theo tỷ lệ urea/crea >80. Có 16% đối tượng nghiên cứu mắc một trong các bệnh viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu, táo bón.

**Kết luận:** Một số bệnh nhân có rối loạn nuốt được điều trị nội trú tại bệnh viện, đặc biệt là những bệnh nhân phải phụ thuộc nhiều vào người khác trong sinh hoạt hằng ngày, có lượng dịch trung bình không đạt đủ tiêu chuẩn.

**Từ khóa:** Dấu hiệu mất nước, phục hồi chức năng, rối loạn điện giải, đột quy, rối loạn nuốt.

---

Chịu trách nhiệm: Mai Lệ Huyền  
Email: maihuyen7729@gmail.com  
Ngày nhận: 11/9/2020  
Ngày phản biện: 23/10/2020  
Ngày duyệt bài: 10/11/2020