

Tỉ lệ tử vong ở viêm phúc mạc bào thai là 0%, ở viêm phúc mạc do thủng đường tiêu hóa sau sinh là 23,1%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của tỉ lệ tử vong giữa 2 nhóm. Có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi không lớn nên cần đánh giá thêm.

KẾT LUẬN

- Viêm phúc mạc sơ sinh vẫn là một cấp cứu ngoại khoa phức tạp với tỉ lệ tử vong cao.

- Cần hồi sức tích cực những trường hợp viêm phúc mạc do thủng đường tiêu hóa có kèm theo suy hô hấp, sốc trước mổ, cân nặng sơ sinh dưới 2000gr.

- Tiên lượng của viêm phúc mạc sơ sinh do thủng ruột sau sinh kém hơn viêm phúc mạc bào thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Asabe K, Oka Y, Kai H** (2009). "Neonatal gastrointestinal perforation", Turk J Pediatr Surg 51 (3), pp. 264 - 276.

2. **Trần Ngọc Sơn, Nguyễn Thanh Liêm** (2006). "Viêm phúc mạc do thủng đường tiêu hóa

ở trẻ sơ sinh" Tạp chí Nhi khoa - Tổng hội Nhi khoa Việt Nam số 2 tập 15, tr 32 - 36.

3. **Diệp Quế Trinh, Trương Nguyễn Uy Linh** (2011). "Viêm phúc mạc sơ sinh", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh tập 15 số 3, tr 45 - 47.

4. **Ngô Duy Minh** (2013). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật viêm phúc mạc do thủng đường tiêu hóa sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.

5. **Freeman N, Burge D**(1994). "Surgery of the newborn", Churchill Livingstone, pp. 211 - 214.

6. **Resch B, Mayr J** (1998). "Spontaneous gastrointestinal perforation in very low-birth-weight infants-a rare complication in a neonatal intensive care unit", Pediatr Surg Int 13 (2), pp. 165 - 167.

7. **Nguyễn Thu Hương** (1993). "Viêm phúc mạc sơ sinh", Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Hà Nội, 34 - 43.

8. **Nguyễn Bích Ngọc** (2018). "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị viêm phúc mạc bào thai ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 2010 - 2017". Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU CHỈ SỐ ALBI TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN NGUYÊN PHÁT

NGUYỄN ĐỨC TOÀN¹, TRẦN NGỌC ÁNH²
¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình
²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chỉ số ALBI trong tiên lượng khả năng sống thêm ở bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát (UTBMTBGNP).

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 53 BN chẩn đoán xác định UTBMTBGNP, theo dõi tình trạng còn sống và tử vong.

Kết quả: Thời gian sống thêm trung bình của các nhóm ALBI 1, 2 và 3 lần lượt là 28,897 ± 4,213 tháng, 23,266 ± 3,477 tháng và 5,862 ± 2,836 tháng ($p < 0,001$). Xác suất sống sót tích lũy Kaplan-Meiner tại các thời điểm 6 tháng, 12,5 tháng, 23,7 tháng và 41 tháng lần lượt là 0,717, 0,604, 0,465 và 0,181.

Kết luận: Phân nhóm ALBI có giá trị trong tiên lượng 6 tháng ($p = 0,038$), không có giá trị trong tiên lượng 12 tháng ($p = 0,108$) và 54 tháng ($p = 0,079$).

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, ALBI.

SUMMARY

STUDY ON ALBI SCORE IN THE PROGNOSIS OF PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objectives: Assess ALBI score in the prognosis of extra life in patients with hepatocellular carcinoma.

Methods: The study was conducted on 53 patients diagnosed with hepatocellular carcinoma, followed survival and mortality.

Results: Means of extra life time in ALBI grade 1, 2 and 3 are 28.897 ± 4.213 months, 23.266 ± 3.477 months and 5.862 ± 2.836 months respectively ($p < 0.001$). Kaplan-Meiner cumulative survival probabilities in 6 months, 12.5

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đức Toàn

Email: ndtoan78@gmail.com

Ngày nhận: 18/8/2021

Ngày phản biện: 21/9/2021

Ngày duyệt bài: 04/10/2021

months, 23.7 months and 41 months are 0.717, 0.604, 0.465 and 0.181 respectively.

Conclusion: ALBI grade is valuable in prognosis of 6 months ($p = 0.038$), not in that of 12 months ($p = 0.108$) and 54 months ($p = 0.079$).

Keywords: Hepatocellular carcinoma, ALBI.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát là một trong năm loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới. Thống kê cho thấy, năm 2002 có 550.000 trường hợp mắc mới, năm 2005 có 625.000 trường hợp mắc mới. Trong đó, châu Á chiếm từ 75 - 80% các trường hợp. Ở Việt Nam, đây là loại ung thư đứng thứ nhất theo GLOBOCAN 2018. Ước tính mỗi năm có trên 10.000 trường hợp mắc mới, tỷ lệ nam gấp khoảng bốn lần nữ, ở các tỉnh phía Nam cao hơn phía Bắc. UTBMTBGNP có tỷ lệ tử vong đứng đầu trong các loại ung thư, thời gian sống thêm trung bình sau chẩn đoán dao động từ 6 đến 20 tháng nên các nhà khoa học đã phát triển nhiều công cụ (chỉ số, phân loại, tiêu chuẩn...) để đánh giá giai đoạn và tiên lượng khả năng sống thêm của BN như phân loại Barcelona, phân loại Okuda, phân loại TNM, chỉ số CLIP, tiêu chuẩn mRECIST... Các công cụ hầu hết đều dựa vào kích thước khối u và sự phát triển khối u. Tuy nhiên, UTBMTBGNP có một đặc điểm riêng là trên 90% xuất hiện trên nền gan xơ, hay nói cách khác, tiên lượng UTBMTBGNP phải là tiên lượng kép: sự phát triển khối u, cùng với chức năng gan còn lại. Các công cụ cổ điển như phân loại Barcelona hay phân độ suy gan theo Child-Pugh có một nhược điểm là phân tầng tiên lượng ung thư gan chỉ có ba giai đoạn A, B, C và ngay trong giai đoạn Child-Pugh A cũng có tiên lượng khác nhau tùy theo chức năng gan của BN. Gần đây, một công cụ mới được nhiều nghiên cứu quan tâm trong đánh giá giai đoạn và tiên lượng khả năng sống thêm của BN UTBMTBGNP là chỉ số ALBI. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu khẳng định vai trò của chỉ số ALBI. Tại Việt Nam mới chỉ có một vài nghiên cứu về sự thay đổi chỉ số ALBI ở BN UTBMTBGNP. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá chỉ số ALBI trong tiên lượng khả năng sống thêm ở BN UTBMTBGNP.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành hồi cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong bốn năm từ 2017 đến tháng 6 năm 2021. 53 BN được chẩn đoán xác định UTBMTBGNP theo tiêu chuẩn chẩn đoán UTBMTBGNP của Bộ Y tế năm 2012.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và theo dõi dọc.

2.2. Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Chọn những BN được chẩn đoán xác định UTBMTBGNP theo tiêu chuẩn chẩn đoán UTBMTBGNP của Bộ Y tế năm 2012 với mã ICD C22.0 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong ba năm từ 2017 đến 2019, BN đồng thời thỏa mãn những tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đủ thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu, đã được truyền Albumin, dùng một số thuốc lợi mật trong thời gian 20 ngày trước đó, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Chỉ số Child-Pugh được tính toán dựa vào các thông số: Cổ trướng, bệnh lý não gan, prothrombin %, bilirubin toàn phần, albumin máu và được chia ba mức: Child-Pugh A, B và C.

* Chỉ số ALBI

- Chỉ số ALBI được tính theo công thức:

$ALBI\ score = \log_{10}(Bilirubin) \times 0,66 + Albumin \times (-0,085)$

(Đơn vị Bilirubin là $\mu\text{mol/l}$ và Albumin là g/l).

- Phân nhóm ALBI được xác định như sau:

+ Nhóm ALBI 1: $\leq - 2,60$.

+ Nhóm ALBI 2: $> - 2,60$ đến $\leq - 1,39$.

+ Nhóm ALBI 3: $> - 1,39$.

* Xác định thời gian sống thêm

- Tình trạng BN còn sống hay tử vong được xác định từ hồ sơ bệnh án, từ BN, gia đình và người thân BN hoặc trạm y tế xã, phường, ủy ban nhân dân xã, phường, trưởng xóm, hội trưởng hội phụ nữ xóm, tổ dân phố phường, xã nơi BN cư trú...

- Thời điểm xác định BN còn sống hay tử vong được xác định ở lần liên hệ cuối cùng.

Thời gian sống thêm:

- Đối với BN tử vong: Thời gian sống thêm được tính theo tháng kể từ ngày chẩn đoán xác định UTBMTBGNP đến thời điểm mất.

- Đối với BN còn sống: Thời gian sống thêm được tính theo tháng kể từ ngày chẩn đoán xác định UTBMTBGNP đến ngày nhận thông tin cuối cùng.

- Ngày nhận thông tin cuối cùng được xác định là ngày kết thúc nghiên cứu (ngày 30 tháng 06 năm 2021) hoặc ngày có thông tin cuối cùng từ phía BN.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Phần mềm được sử dụng để xử lý và phân tích số liệu là Excel 2016, SPSS 20 và Stata 15.

3. Các tiêu chuẩn đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội chấp thuận. Dữ liệu thu thập chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

KẾT QUẢ

BN chủ yếu ở nhóm tuổi 60 - 69 (30,2%), độ tuổi trung bình là $61,43 \pm 12,105$, cao nhất là 91 tuổi, thấp nhất là 36 tuổi. Nghiên cứu có 49 BN nam (92,5%) và 4 BN nữ (7,5%), tỷ lệ nam/nữ là 12,25/1.

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo phân nhóm ALBI

Phân nhóm ALBI	Nhóm Child-Pugh A		Nhóm nghiên cứu	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
1	17	45,9	17	32,1
2	20	54,1	29	54,7
3	0	0,0	7	13,2
Tổng	37	100	53	100

Trong nhóm nghiên cứu, BN chủ yếu ở nhóm ALBI 2 với tỷ lệ 54,7%.

Bảng 2. Phân nhóm ALBI trong tiên lượng 6 tháng

Phân nhóm ALBI (6 tháng)	Còn sống	Tử vong	Tổng
1	14	3	17
2	22	7	29
3	2	5	7
Tổng	38	15	53

Tại thời điểm 6 tháng, những BN còn sống chủ yếu ở nhóm ALBI 1 và 2, những BN tử vong chủ yếu ở nhóm ALBI 2 và 3. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,038$).

Bảng 3. Phân nhóm ALBI trong tiên lượng 12 tháng

Phân nhóm ALBI (12 tháng)	Còn sống	Tử vong	Tổng
1	13	4	17
2	18	11	29
3	2	5	7
Tổng	33	20	53

Tại thời điểm 12 tháng, những BN còn sống chủ yếu ở nhóm ALBI 1 và 2, những BN tử vong chủ yếu ở nhóm ALBI 2 và 3. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,108$).

Bảng 4. Phân nhóm ALBI trong tiên lượng 54 tháng

Phân nhóm ALBI	Còn sống	Tử vong	Tổng
1	8	9	17
2	11	18	29
3	0	7	7
Tổng	19	34	53

- Theo dõi 54 tháng (theo dõi từ tháng 01

năm 2017 đến tháng 6 năm 2021 thì kết thúc nghiên cứu), những BN nhóm ALBI 3 đều tử vong. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,079$).

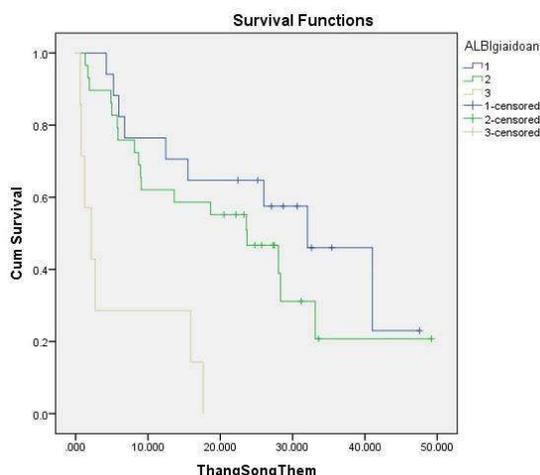
- BN còn sống chủ yếu ở nhóm ALBI 2 (57,9%).

- Xác suất sống sót tích lũy Kaplan-Meier tại thời điểm 41 tháng là 0,181.

Bảng 5. So sánh thời gian sống thêm theo phân nhóm ALBI

Phân nhóm ALBI	Số BN	Thời gian sống thêm (tháng) (trung bình \pm sai số chuẩn)	p
1	17	$28,897 \pm 4,213$	< 0,001
2	29	$23,266 \pm 3,477$	
3	7	$5,862 \pm 2,836$	
Tổng	53	$22,996 \pm 2,589$	

- Thời gian sống thêm trung bình giữa ba nhóm theo phân nhóm ALBI là khác nhau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $\chi^2 = 19,836$, $p < 0,001$ (thực hiện kiểm định Log-Rank).



Biểu đồ 1. So sánh thời gian sống thêm theo phân nhóm ALBI

BÀN LUẬN

1. Phân bố bệnh nhân theo phân nhóm ALBI

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 53 BN phân theo phân nhóm ALBI có 17 BN nhóm ALBI 1 (32,1%), 29 BN nhóm ALBI 2 (54,7%) và 7 BN nhóm ALBI 3 (13,2%). Những tỷ lệ này xấp xỉ với các tỷ lệ tương ứng trong nghiên cứu của Shu-Yein Ho và cộng sự. Trong nghiên cứu của Shu-Yein Ho và cộng sự, tỷ lệ BN nhóm ALBI 1 là 31,5%, nhóm ALBI 2 là 55,4% và nhóm ALBI 3 là 13,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương tự với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương và cộng sự với tỷ lệ

BN nhóm ALBI 1 là 35,5%, nhóm ALBI 2 là 59,1% và nhóm ALBI 3 là 5,4%. Trong nghiên cứu của Đặng Trung Thành và cộng sự cũng như trong nghiên cứu của Homan Mohammadi và cộng sự, tỷ lệ BN nhóm ALBI 2 cũng gần như vậy (lần lượt là 52,9% và 57,3%) nhưng tỷ lệ BN nhóm ALBI 1 cao hơn (lần lượt là 43,5% và 40,3%) và tỷ lệ BN nhóm ALBI 3 thấp hơn (lần lượt là 3,6% và 2,4%). Điều này có thể do đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của Đặng Trung Thành và cộng sự là những BN đều còn chỉ định điều trị kết hợp đốt sóng cao tần và nút mạch khối u. Đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của Homan Mohammadi và cộng sự là những BN còn chỉ định điều trị nút mạch hóa chất. Còn trong nghiên cứu của chúng tôi thì có đủ những BN từ giai đoạn rất sớm đến giai đoạn cuối nên tỷ lệ BN nhóm ALBI 3 sẽ cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những BN nhóm ALBI 3 đều tử vong, điều đó cho thấy giá trị của phân nhóm ALBI. Khi từ kết quả Albumin và Bilirubin mà tính ra ALBI giai đoạn 3 thì thời gian sống thêm của BN không còn nhiều.

2. Phân nhóm ALBI trong tiên lượng 6 tháng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm theo dõi 6 tháng có 15 BN tử vong gồm 3 BN nhóm ALBI 1, 7 BN nhóm ALBI 2 và 5 BN nhóm ALBI 3. Có 38 BN còn sống gồm 14 BN nhóm ALBI 1, 22 BN nhóm ALBI 2 và 2 BN nhóm ALBI 3. Nhận thấy những BN còn sống chủ yếu ở nhóm ALBI 1 và 2, những BN tử vong chủ yếu ở nhóm ALBI 2 và 3, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,038$). Như vậy, phân nhóm ALBI có giá trị trong tiên lượng 6 tháng của BN UTBMTBGNP.

3. Phân nhóm ALBI trong tiên lượng 12 tháng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm theo dõi 12 tháng có 20 BN tử vong gồm 4 BN nhóm ALBI 1, 11 BN nhóm ALBI 2 và 5 BN nhóm ALBI 3. Có 33 BN còn sống gồm 13 BN nhóm ALBI 1, 18 BN nhóm ALBI 2 và 2 BN nhóm ALBI 3. Nhận thấy những BN còn sống chủ yếu ở nhóm ALBI 1 và 2, những BN tử vong chủ yếu ở nhóm ALBI 2 và 3, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,108$). Như vậy phân nhóm ALBI không có giá trị trong tiên lượng 12 tháng của BN UTBMTBGNP.

4. Phân nhóm ALBI trong tiên lượng 54 tháng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm theo dõi 54 tháng (từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 6 năm 2021), có 34 BN tử vong gồm 9 BN nhóm ALBI 1, 18 BN nhóm ALBI 2 và 7 BN nhóm

ALBI 3. Có 19 BN còn sống gồm 8 BN nhóm ALBI 1 và 11 BN nhóm ALBI 2. Nhận thấy những BN nhóm ALBI 3 đều tử vong, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,079$). Như vậy, phân nhóm ALBI không có giá trị trong tiên lượng 54 tháng của BN UTBMTBGNP.

5. Xác suất sống sót tích lũy Kaplan-Meiner

Trong nghiên cứu của chúng tôi, xác suất sống sót tích lũy Kaplan-Meiner tại thời điểm 6 tháng là 0,717, tại thời điểm 12,5 tháng là 0,604, tại thời điểm 23,7 tháng là 0,465 và tại thời điểm 41 tháng là 0,181. Như vậy, thời gian càng trôi đi thì xác suất sống sót tích lũy Kaplan-Meiner càng giảm. Tương tự như vậy, trong nghiên cứu của Shu-Yein Ho và cộng sự, nhóm BN lọc máu có xác suất sống sót tại thời điểm 12 tháng, 36 tháng và 60 tháng lần lượt là 55%, 33% và 14%. Nhóm BN không lọc máu có xác suất sống sót tại thời điểm 12 tháng, 36 tháng và 60 tháng là 66%, 45% và 34%. Như vậy, tại thời điểm 12 tháng, xác suất sống sót tích lũy Kaplan-Meier trong nghiên cứu của chúng tôi nằm giữa nhóm BN lọc máu và nhóm BN không lọc máu.

6. So sánh thời gian sống thêm theo phân nhóm ALBI

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm trung bình của nhóm ALBI 1 là $28,897 \pm 4,213$ tháng, của nhóm ALBI 2 là $23,266 \pm 3,477$ tháng và của nhóm ALBI 3 là $5,862 \pm 2,836$ tháng. Nhận thấy phân nhóm ALBI tăng thì thời gian sống thêm giảm. Thời gian sống thêm trung bình giữa ba nhóm theo phân nhóm ALBI là khác nhau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $\chi^2 = 19,836$, $p < 0,001$ (thực hiện kiểm định Log-Rank). Như vậy, phân nhóm ALBI có giá trị trong tiên lượng khả năng sống thêm của BN UTBMTBGNP nhưng thể hiện rõ nhất ở BN UTBMTBGNP giai đoạn Child-Pugh A, giai đoạn có thể áp dụng được nhiều phương pháp điều trị. Trong cùng một giai đoạn Child-Pugh A, nhóm ALBI 1 có thời gian sống thêm cao hơn hẳn so với nhóm ALBI 3. Mà chỉ số ALBI có công thức tính chỉ dựa vào Albumin và Bilirubin, không dựa vào kết quả chụp cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ ổ bụng. Khi Albumin giảm, Bilirubin tăng thì chỉ số ALBI tăng, nghĩa là khi chức năng gan giảm thì thời gian sống thêm của BN ngắn đi. Như vậy, tiên lượng thời gian sống thêm của BN UTBMTBGNP là tiên lượng kép, không chỉ dựa vào đặc điểm của khối u mà còn dựa vào chức năng còn lại của gan.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương và cộng sự, thời gian sống thêm trung bình của nhóm ALBI 1 là 10,4 tháng, của nhóm ALBI 2 là

6,7 tháng và của nhóm ALBI 3 là 1,8 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,008$). So với nghiên cứu của chúng tôi thì thời gian sống thêm trung bình của từng nhóm theo phân nhóm ALBI trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương và cộng sự đều ngắn hơn khác nhau. Điều này là do đối tượng nghiên cứu khác nhau. Chỉ cần BN đủ tiêu chuẩn chẩn đoán là UTBMTBGNP là chúng tôi lấy vào nghiên cứu, BN có thể ở giai đoạn sớm, cũng có thể ở giai đoạn muộn. BN có thể còn các chỉ định như phẫu thuật cắt gan, phẫu thuật ghép gan, phá hủy khối u tại chỗ, cắt nguồn máu nuôi khối u phối hợp với diệt tế bào ung thư bằng hóa chất, xạ trị trong chọn lọc, truyền hóa chất qua động mạch gan, xạ trị. Nhưng trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương và cộng sự thì đối tượng nghiên cứu là những BN UTBMTBGNP được điều trị bằng sorafenib, tức là những BN không còn đáp ứng hoặc không phù hợp với các biện pháp điều trị can thiệp tại chỗ tại vùng như nút mạch hóa chất, hoặc đã có xâm nhập mạch máu đại thể hay di căn ngoài gan. Những BN này đã ở giai đoạn muộn và thời gian sống thêm chắc chắn là ngắn.

Trong nghiên cứu của Đặng Trung Thành và cộng sự, thời gian sống thêm trung bình của nhóm ALBI 1 là 26,3 tháng, của nhóm ALBI 2 là 18,1 tháng và nhóm ALBI 3 là 10,8 tháng. So với nghiên cứu của chúng tôi thì nhóm ALBI 1 và 2 có thời gian sống thêm trung bình ngắn hơn một chút (26,3 tháng so với 28,897 tháng và 18,1 tháng so với 23,266 tháng) nhưng nhóm ALBI 3 lại có thời gian sống thêm trung bình dài hơn (10,8 tháng so với 5,862 tháng). Điều này là do đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của Đặng Trung Thành và cộng sự đều còn chỉ định điều trị kết hợp đốt sóng cao tần và nút mạch khối u. Trong nghiên cứu của Đặng Trung Thành và cộng sự không có BN giai đoạn Barcelona cuối. Còn trong nghiên cứu của chúng tôi thì có đủ từ những BN giai đoạn Barcelona O đến những BN giai đoạn Barcelona cuối. Những BN vừa nhóm ALBI 3 vừa giai đoạn Barcelona cuối thì đương nhiên thời gian sống thêm sẽ ngắn.

KẾT LUẬN

Thời gian sống thêm trung bình của nhóm ALBI 1 là $28,897 \pm 4,213$ tháng, của nhóm ALBI 2 là $23,266 \pm 3,477$ tháng và của nhóm ALBI 3 là $5,862 \pm 2,836$ tháng ($p < 0,001$). Phân nhóm ALBI có giá trị trong tiên lượng 6 tháng ($p = 0,038$), không có giá trị trong tiên lượng 12 tháng ($p = 0,108$) và 54 tháng ($p = 0,079$). Xác suất sống sót tích lũy Kaplan-Meiner tại thời

điểm 6 tháng là 0,717, tại thời điểm 12,5 tháng là 0,604, tại thời điểm 23,7 tháng là 0,465 và tại thời điểm 41 tháng là 0,181.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội** (2018). “Ung thư biểu mô tế bào gan”, Bệnh học Nội khoa, tập 2, tr. 17 - 24.
2. **Steven A Curley, Carlton C Barnett, Eddie K Abdalla** (2019). “Staging and prognostic factors in hepatocellular carcinoma”, UptoDate, link: <https://www.uptodate.com/contents/staging-and-prognostic-factors-in-hepatocellular-carcinoma>.
3. **Bộ Y tế** (2012). “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát”, Quyết định 5250/QĐ-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. **Bộ Y tế** (2020). “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan”, Quyết định 3129/QĐ-BYT ngày 17 tháng 07 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
5. **Somasundaram Subramaniam, Robin K. Kelley, Alan P. Venook** (2013). “A review of hepatocellular carcinoma (HCC) staging systems”, Chinese Clinical Oncology, 2(4): 33.
6. **Nguyen Thi Thu Huong, Nguyen Van Hieu, Nguyen Van Hung, Nguyen Thanh Long and Le Van Quang** (2019). “Role of Baseline Albumin-Bilirubin Grade on Predict Overall Survival Among Sorafenib-Treated Patients With Hepatocellular Carcinoma in Vietnam”, Cancer Control, Volume 26: 1 - 8.
7. **Homan Mohammadi, Yazan Abuodeh, William Jin, Jessica Frakes, Mark Friedman et al.** (2018). “Using the Albumin-Bilirubin (ALBI) grade as a prognostic marker for radioembolization of hepatocellular carcinoma”, Journal of Gastrointestinal Oncology, 9(5): 840 - 846.
8. **Đặng Trung Thành, Trần Ngọc Ánh** (2019). “Giá trị AFP, AFP-L3, PIVKA 2, Albumin, Bilirubin trong tiên lượng thời gian sống thêm bệnh nhân ung thư gan nguyên phát điều trị kết hợp đốt sóng cao tần và nút mạch khối u”, Tạp chí Y học thực hành, số 11 (1118), tr. 118 - 121.
9. **Coskun O. Demirtas, Antonio D'Alessio, Lorenza Rimassa, Rohini Sharma, David J. Pinato** (2021). “ALBI grade: Evidence for an improved model for liver functional estimation in patients with hepatocellular carcinoma”, JHEP Reports 2021 vol. 3: 100347.
10. **Atsushi Hiraoka, Takashi Kumada, Masatoshi Kudo, Masashi Hirooka, Kunihiko Tsuji et al.** (2017). “Albumin-Bilirubin (ALBI) Grade as Part of the Evidence-Based Clinical Practice Guideline for HCC of the Japan Society of Hepatology: A Comparison with the Liver Damage and Child-Pugh Classifications”, Liver Cancer, 6: 204 - 215.