

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN GIAI ĐOẠN SỚM BẰNG VI SÓNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Đào Đức Tiến¹, Nguyễn Thế Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả ngắn hạn của phương pháp đốt u gan bằng vi sóng để điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) giai đoạn sớm tại bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, tiến cứu trên 13 bệnh nhân có chẩn đoán UTBMTBG giai đoạn sớm từ 4/2022 đến 6/2024 tại bệnh viện Quân y 175. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $58,7 \pm 8,0$, tỷ lệ nam/ nữ là 3,3/1, virus viêm gan B (HBV) là nguyên nhân chủ yếu gây bệnh. Tỷ lệ phá hủy hoàn toàn khối u sau lần đốt đầu tiên đạt 62%. Kích thước u sau đốt tăng lên hơn so với trước đốt (40,1mm so với 26,8mm) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau 1 tháng là 61,5% và tăng tại thời điểm 3 tháng (69,2%). **Kết luận:** Điều trị bằng vi sóng cho UTBMTBG giai đoạn sớm có hiệu quả tốt. **Từ khóa:** ung thư biểu mô tế bào gan, giai đoạn sớm, vi sóng.

SUMMARY

INITIAL OUTCOMES OF MICROWAVE ABLATION FOR EARLY-STAGE HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To evaluate the short-term effectiveness of microwave ablation for early-stage hepatocellular carcinoma (HCC) at Military Hospital 175. **Subject and methods:** A prospective, uncontrolled clinical intervention trial on 13 patients diagnosed with early-stage HCC from April 2022 to June 2024 at Military Hospital 175. **Results:** The mean age of the patients was 58.7 ± 8.0 , the male/female ratio was 3.3/1, hepatitis B virus (HBV) was the main cause of the disease. The rate of complete tumor destruction after the first microwave ablation was 62%. The tumor size after ablation increased compared to before ablation (40.1mm vs. 26.8mm) with statistical significance ($p < 0.05$). The complete response rate at 1-month was 61.5% and increased at 3-month (69.2%). **Conclusion:** Microwave ablation for early-stage HCC is effective.

Keywords: hepatocellular carcinoma, early stage, microwave.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTBMTBG là một trong những ung thư phổ biến trên thế giới được quan tâm nghiên cứu trong suốt nhiều thập kỷ. Theo Globocan 2022,

tỷ lệ mắc mới và tử vong do UTBMTBG trên thế giới lần lượt là 4,3% và 7,8%, đứng thứ 6 về số ca mắc mới và thứ 3 về số ca tử vong. Trong đó châu Á dẫn đầu về số ca mắc và tỉ lệ tử vong do UTBMTBG. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc mới và tử vong do UTBMTBG ở cả hai giới là 13,6% và 19,4%, cao nhất trong các loại ung thư, nam giới có tỷ lệ mắc mới và tử vong cao hơn nữ giới [1].

Điều trị UTBMTBG phụ thuộc vào giai đoạn bệnh. Đối với bệnh nhân UTBMTBG ở giai đoạn sớm hoặc rất sớm theo phân loại BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer), điều trị phẫu thuật và can thiệp tại chỗ là những lựa chọn ưu tiên [2]. Nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả điều trị UTBMTBG kích thước $< 2\text{cm}$ bằng các phương pháp can thiệp tại chỗ tương đương như phẫu thuật cắt gan. Trong các phương pháp điều trị can thiệp tại chỗ, đốt u bằng vi sóng (Microwave Ablation – MWA) ra đời sau đốt u bằng sóng cao tần (RadioFrequency Ablation – RFA) và đã khắc phục được nhược điểm “hiệu ứng tàn nhiệt” khi đốt u gần các mạch máu lớn của RFA, đồng thời với nhiệt lượng tạo ra lớn hơn giúp MWA rút ngắn được thời gian can thiệp so với RFA. Với ưu điểm kỹ thuật ít xâm lấn, diện đốt rộng hơn so với RFA nhiều nghiên cứu tương lai đang lựa chọn MWA là phương pháp điều trị thay thế cho phẫu thuật với UTBMTBG có kích thước từ 3 – 5cm [3].

Tại Việt Nam, điều trị UTBMTBG bằng đốt vi sóng đã được triển khai tại nhiều Trung tâm y tế lớn như Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện TWQĐ 108, Bệnh viện K, Bệnh viện Chợ Rẫy.... Các nghiên cứu trong nước cho thấy đốt u bằng vi sóng là phương pháp thích hợp với những bệnh nhân giai đoạn sớm không có chỉ định phẫu thuật với ưu điểm ít xâm lấn, thời gian nằm viện ngắn, sự hồi phục của bệnh nhân nhanh và do đó đốt nhiệt vi sóng điều trị UTBMTBG đã được Bộ Y tế Việt Nam chấp thuận đưa vào hướng dẫn điều trị từ năm 2020 [4].

Tại Bệnh viện Quân y 175, khoa Nội Tiêu hóa đã triển khai kỹ thuật đốt u gan bằng vi sóng từ đầu năm 2022, bước đầu ghi nhận những kết quả tích cực, tuy nhiên chưa có nghiên cứu tổng kết báo cáo. Chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu: (1) mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn sớm, (2) đánh giá tỷ lệ đáp ứng của kỹ thuật đốt u gan bằng vi sóng trong

¹Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Đào Đức Tiến

Email: ddtien1101@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2025

Ngày duyệt bài: 01.4.2025

điều trị UTBMTBG giai đoạn sớm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Từ 4/2022 đến 6/2024 tại khoa Nội tiêu hóa và Viện Ung Bướu & Y Học Hạt Nhân – Bệnh viện Quân y 175.

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG dựa theo hướng dẫn Bộ Y tế Việt Nam năm 2020 khi có một trong 3 tiêu chí sau [4]:

- Có bằng chứng giải phẫu bệnh.
- Hình ảnh điển hình trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có tiêm thuốc cản quang hoặc cộng hưởng từ (CHT) có thuốc cản từ + AFP > 400 ng/mL.

- Hình ảnh điển hình của UTBMTBG trên chụp CLVT ổ bụng có cản quang hoặc CHT có cản từ + AFP tăng cao hơn bình thường (chưa đến 400ng/mL) có nhiễm virus viêm gan B, C.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn điều trị bằng đốt vi sóng dựa theo Hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam năm 2020 [6]:

- Giai đoạn UTBMTBG Barcelona A: có 1 khối u gan ≤ 5 cm hoặc số khối ≤ 3 cm và kích thước mỗi khối ≤ 3 cm; xơ gan giai đoạn Child – Pugh A, B; tổng trạng (PS) 0 – 2; không có di căn xa.

- Khối u có đường tiếp cận dưới hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CLVT).

- Bệnh nhân và gia đình đồng ý điều trị

- Có hồ sơ theo dõi đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Xơ gan giai đoạn Child – Pugh C.

- Có rối loạn đông máu nặng: số lượng tiểu cầu < 50 G/L; PT < 50%.

- Xâm lấn và di căn: huyết khối tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch trên gan, di căn hạch và các cơ quan khác.

- Phụ nữ có thai, đặt máy tạo nhịp hoặc mắc các bệnh lý nội khoa nặng (suy thận, suy tim).

- Vị trí khối u gan: Khó quan sát, khó chọn đường chọc kim, hoặc nguy cơ biến chứng (chống chỉ định tương đối).

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, tiến cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

Các bước tiến hành:

Lựa chọn bệnh nhân: tuân theo chỉ định và chống chỉ định của phương pháp.

Kỹ thuật đốt vi sóng khối u:

* Chuẩn bị bệnh nhân

+ Giải thích cho bệnh nhân về kỹ thuật, ích lợi và những tác dụng không mong muốn trong và sau thủ thuật. Bệnh nhân ký giấy cam đoan

đồng ý thực hiện thủ thuật.

+ Đặt đường truyền tĩnh mạch, mắc monitor theo dõi.

+ Tiêm mê bằng Midazolam và Fentanyl tiêm tĩnh mạch

* Thực hiện thủ thuật

+ Đánh giá vị trí, kích thước khối u trên siêu âm (thăm khảo trên phim chụp CLVT, CHT), xác định đường, hướng chọc kim.

+ Chọn tư thế cho người bệnh. Tùy theo vị trí khối u. Đa số người bệnh được thực hiện ở tư thế nằm ngửa. Một số khối u ở hạ phân thùy VI, VII có thể sử dụng dụng cụ chêm hông P để tạo tư thế nghiêng trái

+ Vô khuẩn với cồn + Povidine, trải khăn vô trùng vùng bụng và để hở vùng sẽ đưa anten qua da

+ Tiêm tĩnh mạch kháng sinh Cefotaxim

+ Tê tại chỗ với lidocain 2 % 2-4mL.

+ Giảm đau với fentanyl 100 μ g (1 ống pha đủ 10mL nước cất) tĩnh mạch chậm mỗi 2-3mL cho đến khi đạt hiệu quả. Chú ý tác dụng phụ của fentanyl khi tăng liều.

+ Rửa da

+ Đưa điện cực vào mép xa u, đốt từng phần khối u cho đến khi đốt tròn khối u, đốt phần xa trước, phần gần sau. Diện đốt an toàn cách mép u 0,5 - 1cm.

+ Cường độ và thời gian đốt phụ thuộc vào kích thước u, thời gian đốt kéo dài 10-15 phút/lần đốt cho tới khi diện khối u được bao phủ hoàn toàn bởi đám echo trắng.

+ Rút kim, đốt đường ra của điện cực.

+ Siêu âm kiểm tra phát hiện xuất huyết ngay sau khi rút điện cực.

+ Băng vết thương.

+ Ghi chép tường trình thủ thuật và hồ sơ bệnh án.

Theo dõi sau đốt 1 tháng, 3 tháng. Kiểm tra AFP máu và chụp CLVT mỗi lần tái khám. Đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn mRECIST.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được tiến hành xử lý trên phần mềm SPSS 27. Kiểm định T với mẫu cặp (paired sample T test), Wilcoxon được sử dụng để đánh giá thay đổi các thông số sau điều trị so với trước điều trị. Sử dụng phép kiểm chi bình phương để phân tích sự khác biệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Chúng tôi thu thập được 13 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ 4/2022 đến 6/2024.

Bảng 1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng/ Trung bình	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình		58,7 ± 8,0 (71 – 42)	
Giới tính	Nam	10	76,9
	Nữ	3	23,1
Yếu tố nguy cơ	HBV	9	69,2
	HBV + rượu	2	15,4
	HCV	1	7,7
	Không rõ	1	7,7
Child – Pugh	A	12	92,7
	B	1	7,7
Đặc điểm khối u trước điều trị			
Vị trí u	Thùy phải	10	76,9
	Thùy trái	1	7,7
	Hai thùy	2	15,4
Vị trí khó	Lồi bề mặt gan	2	15,4
	Sát túi mật	1	7,7
	Vòm hoành	1	7,7
	Gần mạch máu lớn	1	7,7
Kích thước u trước đốt (mm)		26 ± 9,2	
	< 30	10	76,9
	≥ 30	3	23,1
Đặc điểm cận lâm sàng trước điều trị			
AFP (ng/mL)		18,2 ± 517	46,8
	< 400	10	76,9
	≥ 400	3	23,1
AST (UI/L)		60,6 ± 38,4	
ALT (UI/L)		55,7 ± 36,4	
Bilirubin TP máu (μmol/L)		13,9 ± 10,4	
Albumin máu (g/L)		38,6 ± 6,0	
Tiểu cầu (G/L)		176,2 ± 59,9	
Tỷ lệ Prothrombin (%)		87,6 ± 12,0	

Nhận xét: Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 58,7 ± 8,0, cao nhất 71 tuổi, thấp nhất 42 tuổi, phần lớn bệnh nhân nằm trong độ tuổi từ 50 – 70 chiếm 76,9%. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế với 76,9%, trong khi nữ giới chỉ chiếm 23,1%. Virus viêm gan B (HBV) là nguyên nhân chủ yếu gây bệnh chiếm 69,2%, sự kết hợp của HBV và rượu chiếm 15,4%. Đa số bệnh nhân có chức năng Child – Pugh A (92,3%), chỉ có 7,7% bệnh nhân thuộc nhóm Child – Pugh B.

Vị trí u thường gặp nhất là thùy gan phải 76,9%, tiếp đến là u ở cả hai thùy gan 15,4%, thấp nhất ở thùy gan trái 7,7%. Có 38,5% khối u ở vị trí khó, trong đó u nằm trên bề mặt gan chiếm 15,4%, còn lại các u nằm sát túi mật, vòm hoành và các mạch máu lớn chiếm 7,7% mỗi loại. Kích thước u trung bình là 26 ± 9,2mm, số u có kích thước < 30 mm có tỷ lệ 76,9% so với u ≥ 30 mm là 23,1%.

Nồng độ AFP trung vị 18,2ng/mL, trong đó có 76,9% bệnh nhân có AFP < 400ng/mL, 23,1% bệnh nhân có AFP ≥ 400ng/mL. Giá trị

trung bình enzym AST, ALT tăng nhẹ so với giá trị chuẩn là 35UI/L. Các xét nghiệm Bilirubin toàn phần máu, Albumin máu, tiểu cầu và tỷ lệ Prothrombin trong giới hạn bình thường.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Sự thay đổi kích thước khối u sau đốt vi sóng 1 tháng

Biến số	Trước đốt	Sau đốt	Giá trị P (t-test)
	TB (SD)*		
Kích thước u (mm)	26,8(9,2)	40,1(10,2)	< 0,05

*TB: trung bình, SD: độ lệch chuẩn

Nhận xét: Kích thước u sau đốt tăng lên hơn so với trước đốt (40,1mm so với 26,8mm) có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Hoại tử khối u hoàn toàn



Biểu đồ 1: Tỷ lệ hoại tử khối u sau đốt vi sóng lần 1

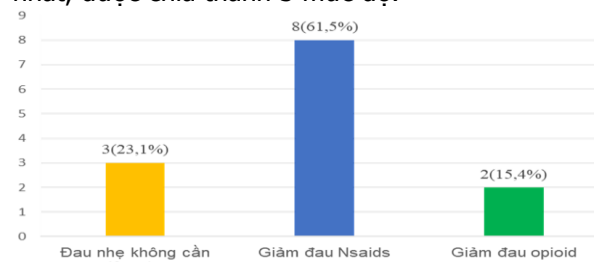
Nhận xét: Sau lần 1 tỷ lệ hoại tử u hoàn toàn chiếm gần 2/3 trường hợp (62%), 38% đáp ứng một phần cần đốt lần 2.

Bảng 3: Đánh giá đáp ứng sau đốt vi sóng theo mRECIST

Đáp ứng mRECIST	1 tháng		3 tháng	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Hoàn toàn	8	61,5	9	69,2
Một phần	5	38,5	1	7,7
Bệnh ổn định	0	0	3	23,1
Bệnh tiến triển	0	0	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau 1 tháng là 61,5% và tăng tại thời điểm 3 tháng (69,2%).

3.3. Ưu nhược điểm và độ an toàn của phương pháp. Triệu chứng sau đốt: Trong nhóm nghiên cứu, triệu chứng đau thường gặp nhất, được chia thành 3 mức độ.



Biểu đồ 2: Phân loại mức độ đau sau đốt vi sóng

Bảng 4: Tai biến trong và sau đốt vi sóng

Biến số	Số lượng	Tỷ lệ %
Trong đốt		
Nhịp chậm	1	7,7
Sau đốt		
Giãn đường mật	1	7,7

Nhận xét: Trường hợp nhịp tim chậm đã dừng thủ thuật và xử lý Atropin, bệnh nhân sau đó 2 ngày được đốt u thành công. Trường hợp giãn đường mật khu trú phát hiện sau lần đốt thứ 2, bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng tắc mật, được điều trị nội khoa. Không ghi nhận trường hợp có biến chứng nặng

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ mắc UTBMTBG chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố, trong đó tuổi là yếu tố quan trọng. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 58,7; cao nhất là 71 tuổi và thấp nhất là 42, nhóm 50 – 70 tuổi có tỷ lệ mắc UTBMTBG cao nhất là 76,9%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của các tác giả trong nước [5]. Độ tuổi và tỷ lệ mắc UTBMTBG có sự khác nhau giữa các vùng trên thế giới. Sự khác biệt về tuổi mắc UTBMTBG giữa các khu vực có thể liên quan đến tỷ lệ virus viêm gan chiếm ưu thế trong cộng đồng, tuổi nhiễm virus viêm gan và sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ khác... Virus viêm gan C thường bị nhiễm ở người trưởng thành, trong khi hầu hết những người mang virus viêm gan B bị nhiễm từ lúc còn nhỏ. Nhật Bản, Bắc Mỹ và châu Âu: UTBMTBG thường xuất hiện muộn hơn trong cuộc đời, với tuổi trung bình khi mắc bệnh trên 60 tuổi, ngược lại một số vùng châu Á và hầu hết các nước châu Phi UTBMTBG thường được chẩn đoán ở độ tuổi 30 – 60 [6].

Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 3,3/1, phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới cho thấy nam giới có nguy cơ mắc UTBMTBG cao gấp 3 – 5 lần so với nữ. Ở Việt Nam, các nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ nam cao hơn hẳn so với nữ ở bệnh nhân UTBMTBG [5], [7]. Nguyên nhân tỷ 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 tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B và C cao hơn, uống rượu, hút thuốc lá nhiều hơn, có chỉ số khối cơ thể (BMI) cao hơn và có dự trữ sắt nhiều hơn so với nữ giới.

Nhiễm viêm gan B là yếu tố nguy cơ chính trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ 68%, trong khi đó bệnh nhân có yếu tố kết hợp giữa viêm gan B và rượu chiếm tỷ lệ 15% và nhiễm viêm gan C là 8%. Kết quả này tương tự như các

nghiên cứu của tác giả Quách Thanh Dung [5], Đào Việt Hằng [8] với tỷ lệ nhiễm viêm gan B lần lượt là: 80% và 73,5%; tỷ lệ nhiễm viêm gan C lần lượt là: 8% và 8,5%.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân có chức năng gan Child-Pugh A (92,3%), Child-Pugh B (7,7%). Kết quả này phù hợp với chẩn đoán giai đoạn sớm, chức năng bệnh nhân còn bảo tồn, lựa chọn phương pháp điều trị triệt căn như đốt vi sóng là phù hợp. Những bệnh nhân có chức năng gan kém sẽ đi kèm với nhiều nguy cơ biến chứng hơn khi can thiệp đốt vi sóng.

Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan như albumin máu, bilirubin máu, tiểu cầu và tỷ lệ Prothrombin đều trong giới hạn bình thường. Xét nghiệm enzym gan AST 60,6U/L, ALT 50,7U/L, tăng nhẹ dưới 2 lần giá trị bình thường và tỷ lệ AST/ALT >1, phù hợp với bệnh cảnh bệnh lý gan mạn. Về xét nghiệm chỉ số AFP, giá trị trung vị là 18,2 ng/mL. Có 3 bệnh nhân có AFP > 400ng/mL, 10 bệnh nhân có AFP < 400ng/mL. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Quách Thanh Dung có 22% bệnh nhân có AFP > 400ng/mL [5], Đào Việt Hằng 19,3% [8]. Các nghiên cứu này đều có cỡ mẫu lớn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Kích thước khối u gan là một trong những thông số để phân chia giai đoạn UTBMTBG. Trong nghiên cứu chúng tôi có 17 u với đặc điểm: kích thước trung bình $26 \pm 9,2\text{mm}$, tỷ lệ u $\geq 30\text{mm}$ là 23,1%, u < 3cm là 76,9%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Quách Thanh Dung [5] với kích thước u trung bình $35 \pm 12\text{mm}$; tỷ lệ u < 3cm và > 3cm lần lượt là 12,5% và 87,5%. Tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Đình Song Huy với kích thước khối u trung bình $30 \pm 10\text{mm}$, tỷ lệ u < 3cm và > 3cm là 42,8% và 57,2% [7]. Kích thước u là yếu tố tiên lượng trong việc điều trị, u càng to thì khả năng đốt hoàn toàn trong một lần khó khăn, đồng thời đốt u to thì cần nhiệt lượng lớn do đó có thể làm cho bệnh nhân đau và khó chịu hơn trong quá trình can thiệp. Chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân có kích thước u vừa phải khoảng 30mm nhằm hạn chế biến chứng và tối ưu hóa thủ thuật đốt lần đầu thực hiện tại bệnh viện.

Số lượng u cũng là một trong những yếu tố tiên lượng và đánh giá giai đoạn bệnh của UTBMTBG. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân chủ yếu có 1 u đơn độc (69,2%) và nằm chủ yếu ở gan phải (78,9%). Tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Song Huy với tỷ lệ bệnh nhân có 1 khối u 94,3%, bệnh nhân có 2 khối u là 5,7% [7]. Số lượng khối u

không gây khó khăn kỹ thuật trong phá hủy, nhưng đưa ăng-ten qua nhiều vị trí có thể tăng nguy cơ xuất huyết nội. Phá hủy nhiều khối u lớn kèm viên an toàn mô lành 5 – 10 mm có thể tăng nguy cơ suy gan, do đó các khuyến cáo đều ủng hộ việc chọn số lượng u dưới 3 và mỗi u không quá 3cm [2]. Trong nghiên cứu chúng tôi, cụ thể có 1 u gần mạch máu lớn, 2 u ở lõi bề mặt gan, 1 khối u gần túi mật, 1 khối u sát vòm hoành và 1 khối u ở thùy giữa gan, đây là các vị trí khó cho việc can thiệp dưới siêu âm. Nghiên cứu tác giả Nguyễn Đình Song Huy ghi nhận u ở nhóm vị trí nguy cơ cao là 52,7% [7]. Nghiên cứu của Quách Thanh Dung có 21,4% số u nằm gần bề mặt gan, 17,8% khối u nằm gần mạch máu, 3,6% khối u nằm gần ống mật và ống tiêu hóa [5]. Một nghiên cứu của Ma S. và cs [9] trên 433 bệnh nhân có 16,2% khối u nằm gần vòm hoành; 10,6% gần mạch máu lớn; 7,4% gần các cơ quan trong phúc mạc. Với những khối u nằm gần vòm hoành hoặc các cơ quan lân cận trong ổ bụng như: túi mật, dạ dày, đại tràng... để có thể quan sát được tốt nhất hình ảnh dưới siêu âm và hạn chế biến chứng thủ thuật, có thể bơm tạo dịch cổ trướng hoặc dịch màng phổi.

Thay đổi kích thước u sau điều trị.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khối u tăng kích thước sau đốt vi sóng dưới siêu âm và chụp CLVT (40,1mm so với 26,8mm) với $p < 0,05$. Kết quả này có thể giải thích để đảm bảo diện đốt an toàn, phá hủy được các tổn thương vi mô quanh u, cần phải đốt rộng từ bờ mép khối u ra xung quanh 5 – 10mm. Theo nghiên cứu của các tác giả Nhật Bản, có mối liên hệ giữa kích thước khối u và tình trạng xâm lấn mạch máu cũng như di căn. Cụ thể, với các khối u có kích thước từ 1,1 – 2 cm, 2,1 – 3 cm và 3,1 – 5 cm, tỷ lệ xâm lấn tĩnh mạch cửa lần lượt là 28,3%, 33,3% và 49%. Tỷ lệ xuất hiện khối di căn khác trong gan lần lượt là 6,7%, 17,1% và 29,6% [10]. Vì vậy, trong thực hành nên đốt rộng xung quanh tổn thương u để ngăn ngừa di căn và hạn chế tái phát.

Hoại tử khối u hoàn toàn. Chúng tôi đánh giá hiệu quả điều trị phá hủy u gan bằng cách chụp CLVT gan 3 pha hoặc CHT sau 1 tháng. Tiêu chuẩn phá hủy hoàn toàn là không có vùng tăng sinh mạch máu ở thì động mạch trên phim CLVT gan hoặc không có vùng tăng tín hiệu ở thì động mạch trên phim CHT. Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỷ lệ phá hủy u hoàn toàn sau đốt u lần 1 là 62% và lần 2 là 80%. Trong số khối u không được phá hủy hoàn toàn sau lần đốt 1 có: 1 khối u gần nhánh tĩnh mạch cửa, 1 khối u nằm ở gan trái trên nền gan nhiễm mỡ, 1 khối u có kích thước 35mm. Tỷ lệ phá hủy khối u

hoàn toàn ở lần 1 trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả khác một phần do số u ở vị trí khó trong nghiên cứu chúng tôi chiếm gần 50% do đó việc thực hiện thành công trong một lần còn hạn chế. Nghiên cứu của tác giả Quách Thanh Dung cho kết quả tỷ lệ hủy u hoàn toàn sau lần đốt 1 là 76%, lần 2 là 86% [5]; trong khi tác giả Nguyễn Đình Song Huy có kết quả đốt lần 1 92,2%, lần 2 93,5% [7]. Nghiên cứu của tác giả Sicong M. [9] trên 433 bệnh nhân cho kết quả tỷ lệ hoại tử sau lần đốt 1 94,9% trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn theo kích thước u < 3cm, 3 – 5cm và > 5cm lần lượt là 97,9%, 94,1% và 86,1%. Như vậy tỷ lệ hoại tử u hoàn toàn sau đốt vi sóng là rất khả quan tuy nhiên sẽ phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, tuân thủ các nguyên tắc cơ bản (như mép đốt an toàn, thời gian đốt) cũng như một số kỹ thuật phá hủy u lớn (kỹ thuật đốt nhiều vùng chồng lấp để tạo thành một vùng đốt đồng nhất ở khối u lớn, sử dụng kim chùm) sẽ tạo được vùng phá hủy tốt hơn.

Đáp ứng sau đốt vi sóng. Trong nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần sau 1 tháng dựa theo mRECIST là 62% và 38%, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn tăng ở tháng thứ 3 cho thấy sự cải thiện hiệu quả vẫn còn tiếp diễn theo thời gian sau đốt. So sánh với nghiên cứu tác giả Đào Việt Hằng thực hiện đốt sóng cao tần trên 130 bệnh nhân với kích thước u trung bình $2,5 \pm 1,0$ cm cho kết quả: tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần sau 1 tháng lần lượt là 71,5% và 24,6% [8]. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn theo mRECIST trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn có thể do kích thước trung bình khối u lớn hơn, số u ở vị trí khó chiếm tỷ lệ tương đối cao (38,5%), ngoài ra kinh nghiệm chúng tôi còn hạn chế khi đây là kỹ thuật mới, số lượng bệnh nhân ít. Hiện nay các nghiên cứu trong nước về can thiệp vi sóng điều trị UTBMTBG chủ yếu đánh giá đáp ứng hoàn toàn sau lần đốt đầu tiên chứ không đánh giá đáp ứng liên tục theo tiêu chuẩn mRECIST, do đó cần thêm các nghiên cứu mới với cỡ mẫu đủ lớn và thời gian theo dõi dài để đánh giá hiệu quả theo tiêu chuẩn trên.

Ưu nhược điểm và độ an toàn của phương pháp. Sau can thiệp, đa số bệnh nhân đều có triệu chứng đau tại vị trí đốt kim. Nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận các triệu chứng khác ngoài đau chỗ kim đốt như sốt, mệt mỏi, nôn; một số có cảm giác buồn nôn có thể do nguyên nhân đau dạ dày kết hợp hoặc tác dụng phụ của thuốc tiền mê Fentanyl. Các triệu chứng đau đa phần kéo dài vài ngày. Nghiên cứu của

tác giả Nguyễn Đình Song Huy mô tả có các triệu chứng như: đau vùng đốt, sốt, nôn chiếm lần lượt 14,9%; 14,4%; 13,4% [7]. Khi so sánh với những bệnh nhân được hủy u bằng sóng cao tần, nghiên cứu cũng chỉ ra đau vùng đốt chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm đốt vi sóng.

Trong khi thực hiện thủ thuật, chúng tôi ghi nhận một bệnh nhân xuất hiện nhịp tim chậm (không triệu chứng), đã xử trí tiêm Atropin và theo dõi sát trong những giờ đầu. Sau xử trí, nhịp tim về bình thường, chúng tôi thực hiện lại thủ thuật sau 2 ngày không có bất thường xảy ra. Nghiên cứu của Đào Việt Hằng ghi nhận có 4 trường hợp (0,97%) xuất hiện nhịp tim chậm, sau tiêm Atropin nhịp tim trở lại bình thường và không phải dừng thủ thuật [8].

V. KẾT LUẬN

Điều trị bằng vi sóng cho UTBMTBG giai đoạn sớm có tỷ lệ đáp ứng cao, thích hợp sử dụng điều trị bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263.
2. Reig M., Forner A., Rimola J. et al. (2022), "BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: The 2022 update", *J Hepatol*, 76(3), 681-693.

3. Wang Z., Liu M., Zhang D.Z. et al. (2022), "Microwave ablation versus laparoscopic resection as first-line therapy for solitary 3-5-cm HCC", *Hepatology*, 76(1), 66-77.
4. Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, 2020.
5. Quách Thanh Dung (2018). "Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp đốt vi sóng", Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Park J.W., Chen M., Colombo M. et al. (2015), "Global patterns of hepatocellular carcinoma management from diagnosis to death: the BRIDGE Study", *Liver Int*, 35(9), 2155-66.
7. Nguyen-Dinh S.H., Do A., Pham T. N. D. et al. (2018), "High burden of hepatocellular carcinoma and viral hepatitis in Southern and Central Vietnam: Experience of a large tertiary referral center, 2010 to 2016", *World J Hepatol*, 10(1), 116-123.
8. 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 án tiến sỹ Y học, trường đại học Y Hà Nội.
9. Ma S., Ding M., Li J. et al. (2017), "Ultrasound-guided percutaneous microwave ablation for hepatocellular carcinoma: clinical outcomes and prognostic factors", *J Cancer Res Clin Oncol*, 143(1), 131-142.
10. Kudo M., Izumi N., Kokudo N. et al. (2011), "Management of hepatocellular carcinoma in Japan: Consensus-Based Clinical Practice Guidelines proposed by the Japan Society of Hepatology (JSH) 2010 updated version", *Dig Dis*, 29(3), 339-64.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U SAU PHÚC MẠC NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Lương Toàn¹, Phạm Hoàng Hà^{1,2}, Phạm Quang Thái^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt u là phương pháp điều trị hiệu quả nhất đối với u sau phúc mạc. Tuy nhiên, u sau phúc mạc thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, với kích thước u lớn, vị trí sâu sau phúc mạc và liên quan cấu trúc quan trọng. Do đó, tỷ lệ cắt bỏ toàn bộ u còn thấp và tỷ lệ biến chứng sau mổ vẫn cao. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật u sau phúc mạc tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 72 trường hợp u sau phúc mạc nguyên phát được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu

nghị Việt Đức từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** 72 bệnh nhân: 23 nam (31,9%) và 49 nữ (68,1%). Độ tuổi trung bình là 45,9±14,9. 55 bệnh nhân mổ mở, 17 bệnh nhân mổ nội soi, trong đó 5 bệnh nhân phải chuyển mổ mở. 67 trường hợp (93,1%) cắt toàn bộ u; 5,6% cắt một phần u, 1,4% chỉ sinh thiết u. Giải phẫu bệnh: 49 u lành tính (68,1%) và 23 u ác tính (31,9%). Tỷ lệ phải cắt bỏ cơ quan lân cận kèm theo: 27,8%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 11,1% và không có trường hợp tử vong sau mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình u ác tính là 149,9±54,7 phút, u lành tính là 132,7±69,4 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 7,9±3,5 ngày. Theo dõi 13,6% bệnh nhân có tái phát, thời điểm phát hiện tái phát trung bình là 10,5±2,2 tháng. Tỷ lệ sống sau 1, 3 và 5 năm với u ác tính là 86,4%, 74,8% và 66,5%. **Kết luận:** Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả cho u sau phúc mạc, với tỷ lệ cắt toàn bộ u cao (93,1%), tỷ lệ tái biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp (11,1%), không có tử vong sau phẫu thuật. Phẫu thuật cải thiện tỷ lệ sống sau 5 năm với nhóm u ác

¹Trường Đại học Y dược, Đại học quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lương Toàn

Email: toannguyenhtvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025