

không sử dụng việc nâng huyết áp thường quy trong khi kẹp mạch do nguy cơ chảy máu và bệnh nhân có thể bị hội chứng tăng tưới máu quá mức sau phẫu thuật.² Việc theo dõi rSO₂ liên tục để điều chỉnh huyết áp cho thấy không có mức huyết áp cố định để đảm bảo đủ lưu lượng tưới máu não, nó phụ thuộc vào từng bệnh nhân, phụ thuộc vào huyết áp nền và bệnh lý đi kèm, tổn thương mạch cảnh bên đối diện và các vòng nối mà chúng ta không đánh giá được hết trước mổ.

IV. KẾT LUẬN

Các ca lâm sàng đã trình bày cho thấy sự thay đổi rSO₂ trong quá trình phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh, đặc biệt là khi kẹp động mạch cảnh, và việc điều chỉnh huyết áp kịp thời có thể cải thiện tình trạng tưới máu não. Việc theo dõi rSO₂ bằng NIRS là một công cụ hữu ích để phát hiện sớm các thay đổi trong tưới máu não giúp bác sĩ có thể can thiệp kịp thời để bảo vệ não cho bệnh nhân, như nâng huyết áp, tạo shunt khi rSO₂ giảm trong quá trình kẹp động mạch cảnh. Cần có các nghiên cứu thiết kế tốt hơn để đánh giá đầy đủ hiệu quả của phương pháp này trong phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kamenskaya OV, Loginova IY, Lomivorotov VV. Brain oxygen supply parameters in the risk assessment of cerebral complications during carotid endarterectomy. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2017;31(3):944-949.
2. Bouri S, Thapar A, Shalhoub J, et al. Hypertension and the post-carotid endarterectomy cerebral hyperperfusion syndrome. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2011;41(2):229-237.
3. Li J, Shalabi A, Ji F, Meng L. Monitoring cerebral ischemia during carotid endarterectomy and stenting. J Biomed Res. 2016;31(1):11.
4. Lehot J, Durand P. Anestesia para la endarterectomía carotídea. Rev Esp Anestesiol Reanim. Published online 2001:499-507.
5. Stoneham MD, Thompson JP. Arterial pressure management and carotid endarterectomy. Br J Anaesth. 2009;102(4):442-452.
6. Hans SS. Results of carotid re-exploration for post-carotid endarterectomy thrombosis. J Cardiovasc Surg (Torino). 2007;48(5):587.
7. Guay J, Kopp S. Cerebral monitors versus regional anesthesia to detect cerebral ischemia in patients undergoing carotid endarterectomy: a meta-analysis. Can J Anaesth. 2013;60(3):266-279.
8. Patelis N, Diakomi M, Maskanakis A, Maltezos K, Schizas D, Papaioannou M. General versus local anesthesia for carotid endarterectomy: Special considerations. Saudi J Anaesth. 2018;12(4):612. doi:10.4103/sja. SJA_10_18

ỨNG DỤNG NỘI SOI CỔ TAY TRONG ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG THUYỀN – BÁO CÁO BA CA LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Phú Chân¹, Bùi Hồng Thiên Khanh^{1,2},
Huỳnh Phương Nguyệt Anh¹, Trần Nguyễn Phương^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương thuyền là loại gãy xương thường gặp nhất của xương hàng cổ tay, nếu không được phát hiện và điều trị hợp lý sẽ dễ dẫn đến tình trạng không lành xương, thoái hóa khớp cổ tay tiến triển. Chúng tôi báo cáo 3 trường hợp người bệnh được ứng dụng phẫu thuật nội soi khớp cổ tay trong điều trị gãy xương thuyền tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh và cũng là 3 tình huống thường gặp trên thực hành lâm sàng: (1) gãy mới xương thuyền di lệch mất vững, (2) gãy mới xương thuyền kèm tổn thương dây chằng thuyền-nguyệt, (3) không

lành (khớp già) xương thuyền. **Kết quả:** Cả 3 trường hợp đều đạt lành xương sau 8-12 tuần qua CT-scan, phục hồi góc thuyền - nguyệt qua X-quang, đạt kết quả chức năng và thẩm mỹ tốt, không có biến chứng gặp phải. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cổ tay là cách tiếp cận ít xâm lấn và an toàn, giúp quan sát trực tiếp xương thuyền từ trong khớp, hỗ trợ hiệu quả nắn chỉnh, cắt lọc, ghép xương, xử trí các tổn thương trong khớp kèm theo và bước đầu mang lại kết quả lành xương, phục hồi chức năng và thẩm mỹ tốt cho người bệnh. **Từ khóa:** nội soi khớp cổ tay, gãy xương thuyền, không lành xương thuyền, tổn thương dây chằng thuyền-nguyệt.

SUMMARY

APPLICATION OF WRIST ARTHROSCOPY IN THE TREATMENT OF SCAPHOID FRACTURE – A REPORT ON THREE CASES AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, HO CHI MINH CITY

Introduction: Scaphoid fracture is the most common fracture of all wrist bones. If not properly

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương

Email: phuong.tn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 21.4.2025

diagnosed and treated, it easily leads to scaphoid nonunion and progressive wrist collapse. We report 3 presentative cases in which wrist arthroscopy was utilized for the treatment of scaphoid fracture at the University Medical Center, Ho Chi Minh city : (1) acute displaced unstable scaphoid fracture, (2) acute scaphoid fracture with scapholunate dissociation, and (3) scaphoid nonunion. **Results:** All 3 patients achieved bone union within 8-12 weeks confirmed by CT-scan, with restoration of scaphoid-lunate angle on Xray. They also demonstrated good functional and aesthetic outcomes, no complications were observed. **Conclusion:** Wrist arthroscopy is a minimally invasive and safe approach that allow direct intra-articular visualization, fracture reduction, debridement and bone grafting for scaphoid fracture as well as manage associated intra-articular lesions. Our preliminary results indicate this technique promotes successful bone healing, good functional recovery and satisfactory aesthetic outcomes for patients.

Keywords: wrist arthroscopy, scaphoid fracture, scaphoid non-union, scapholunate dissociation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xương thuyền là một trong 8 xương vùng cổ tay và là xương duy nhất kết nối hàng xương cổ tay gần (thuyền, nguyệt, tháp, đậu) với hàng xương cổ tay xa (thang, thê, cà, móc). Do có hình dạng, vị trí giải phẫu và sinh cơ học phức tạp, gãy xương thuyền là loại gãy xương thường gặp nhất của hàng xương cổ tay (chiếm khoảng 70%).¹

Xương thuyền có nguồn máu nuôi hạn chế, 80% diện tích bề mặt được bao bọc bởi sụn và thường xuyên tiếp xúc với dịch khớp cổ tay, là nơi bám của nhiều dây chằng quan trọng và chịu lực biến dạng cơ học lớn, gãy xương thuyền nếu không được phát hiện và điều trị hợp lý sẽ dễ dẫn đến tình trạng không lành xương hay còn được gọi là khớp giả xương thuyền. Khớp giả xương thuyền gây đau mạn tính, hạn chế tầm vận động cổ tay và giảm sức cầm nắm của người bệnh. Nếu tiếp tục không được điều trị sẽ dẫn đến sụp cổ tay tiến triển do không lành xương thuyền (SNAC – Scaphoid nonunion advanced collapse), gây thoái hóa khớp cổ tay không thể phục hồi.

Điều trị kinh điển của gãy mới di lệch hoặc khớp giả xương thuyền bao gồm phẫu thuật mổ mở đường tiếp cận mặt lưng hoặc mặt lòng, cắt qua các dây chằng – bao khớp để vào ổ gãy xương thuyền, làm sạch mô xơ – xương hoại tử ổ khớp giả, nắn chỉnh các di lệch, ghép xương tự thân có hoặc không có cuống mạch và kết hợp xương vững chắc với vít nén ép không đầu hoặc đinh Kirschner.

Được giới thiệu lần đầu vào năm 1998², trải qua gần 30 năm phát triển về kỹ thuật, thiết bị nội soi cũng như phương tiện kết hợp xương ít xâm lấn, phẫu thuật nội soi cổ tay điều trị gãy

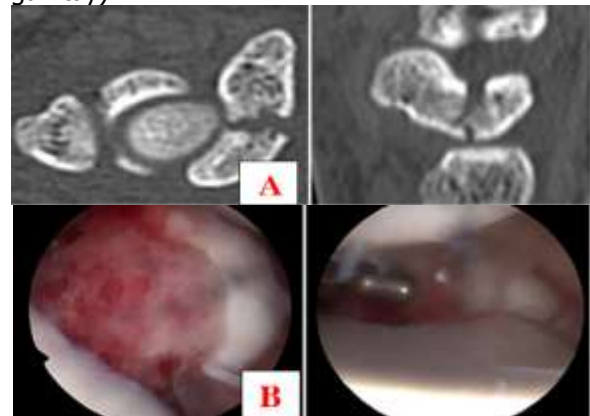
xương thuyền đã được chứng minh mang lại hiệu quả lành xương qua nhiều nghiên cứu ngoài nước, mang lại tính thẩm mỹ và phục hồi chức năng tốt cho người bệnh.³ Bắt đầu được triển khai tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 2024, phương pháp này được áp dụng thường quy như một cách tiếp cận mới trong điều trị gãy xương thuyền và bước đầu mang lại kết quả đáng khích lệ. Chúng tôi báo cáo 3 trường hợp người bệnh đại diện cho 3 tình huống gãy xương thuyền thường gặp trên lâm sàng và phân tích vai trò của nội soi cổ tay trong hỗ trợ điều trị loại gãy xương cổ tay thường gặp này.

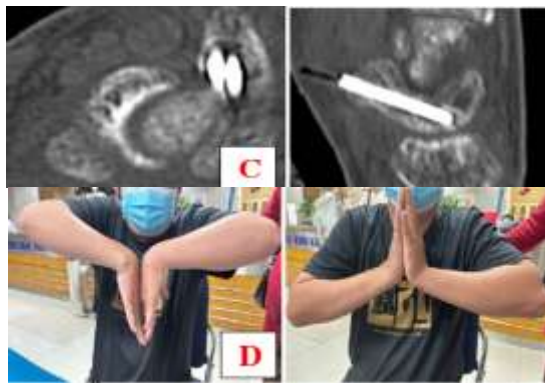
II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

2.1. Trường hợp 1. Bệnh nhân (BN) nam, 17 tuổi, đau cổ tay bên quay tay phải 1 tuần sau đâm mạnh vào bao cát khi tập boxing. BN có các triệu chứng kinh điển của gãy xương thuyền như ấn đau hõm lồi, đau khi nẹp ép dọc trục ngón cái. Xquang và CT-scan cho thấy gãy eo xương thuyền di lệch > 2mm với góc thuyền-nguyệt 65°.

Chúng tôi thực hiện nắn xương thuyền với quan sát ổ gãy qua nội soi khớp cổ tay bằng kỹ thuật "joy-stick". Ổ gãy được bắt động tạm bằng Kirschner và kết hợp xương (KHX) chính thức bằng vít xương thuyền không đầu nén ép ổ gãy. Sau mổ, BN được bắt động với bó bột cẳng bàn tay 6 tuần và bắt đầu chương trình phục hồi chức năng lấy lại tầm vận động và chức năng cổ bàn tay.

Kết quả: lành xương được ghi nhận qua CT-scan sau 12 tuần (cal xương bắt đầu qua > 50% ổ gãy)⁴, góc thuyền-nguyệt 61°. Đánh giá thời điểm 20 tuần: tầm vận động gấp/duỗi cổ tay 70°/70°, sức nắm bàn tay cải thiện từ 8kg trước mổ lên 32kg (82% so với bên lành), điểm Quick-Dash cải thiện từ 64 xuống còn 16 điểm. Người bệnh hài lòng với sẹo mổ nhỏ (2 sẹo cổng nội soi cổ tay mặt mu tay và 1 sẹo bắt vít qua da mặt gan tay).

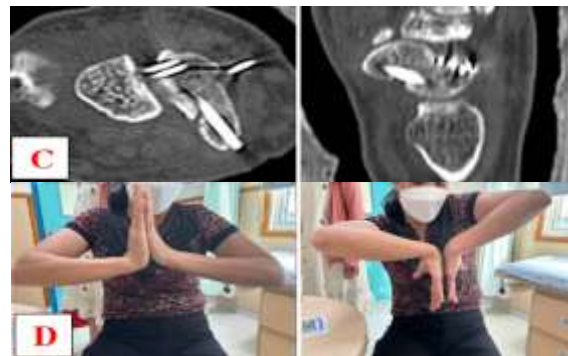
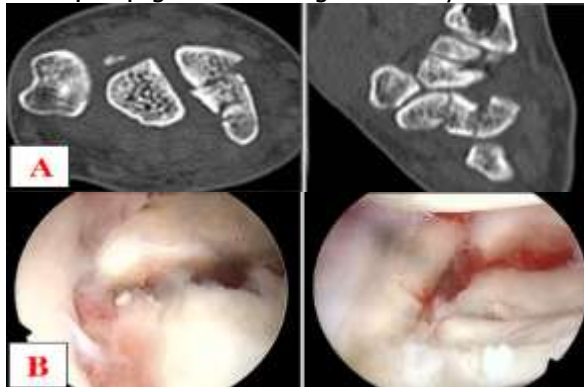




Hình 1: A: CT-scan cho thấy gãy xương thuyền di lệch. B: Ổ gãy xương thuyền trước và sau nắn chỉnh qua nội soi. C: CT-scan cho thấy lành xương thời điểm 12 tuần. D: Tâm vận động cổ tay lúc 20 tuần (Nguồn: tác giả)

2.2. Trường hợp 2. BN nữ, 51 tuổi, đau cổ tay bên quay tay trái sau té xe máy chống tay 1 tuần. BN sưng đau, giới hạn vận động cổ tay với ấn đau vùng lồi củ xương thuyền, khớp thuyền – nguyệt, đau khi ép dọc trục ngón cái. Xquang và CT-scan cho thấy gãy cực xa xương thuyền ít di lệch, gãy eo xương thuyền di lệch > 1mm, khớp thuyền-nguyệt dẫn rộng 5mm với góc thuyền-nguyệt 81° . MRI xác định trật khớp thuyền-nguyệt với tổn thương cả hai dây chằng mặt mu tay và mặt gan tay.

BN được nội soi cổ tay xác định gãy 2 tầng xương thuyền và trật thuyền-nguyệt độ IIIC (theo EWAS⁵). Dây chằng thuyền-nguyệt tổn thương được cắt lọc, khớp thuyền-nguyệt được nắn và xuyên đinh cố định dưới quan sát nội soi, dây chằng thuyền-nguyệt mặt mu tay được khâu tăng cường bằng kỹ thuật outside-in với chỉ PDS 3/0. Xương thuyền được nắn và KHX tương tự trường hợp 1. Sau mổ, BN được bất động với bó bột cứng bàn tay 8 tuần, rút đinh cố định thuyền-nguyệt và bắt đầu chương trình phục hồi chức năng lấy lại tầm vận động và chức năng cổ bàn tay.



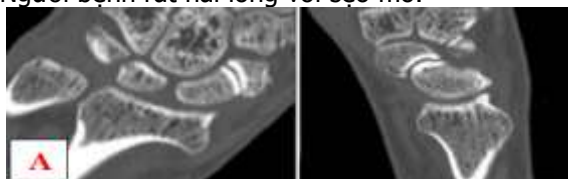
Hình 2: A: CT-scan cho thấy gãy xương thuyền 2 vị trí và rộng khe khớp thuyền-nguyệt. B: Ổ gãy xương thuyền và khớp thuyền nguyệt trước và sau nắn chỉnh qua nội soi. C: CT-scan cho thấy lành xương thời điểm 8 tuần. D: Tâm vận động cổ tay lúc 20 tuần (Nguồn: tác giả)

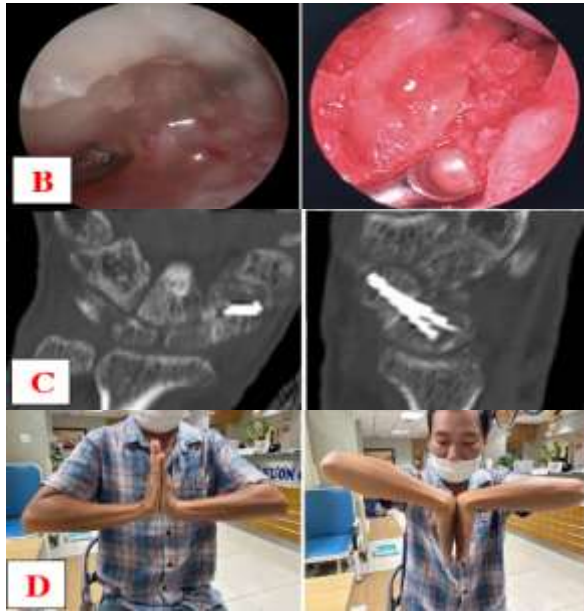
Kết quả: lành xương được ghi nhận qua CT-scan sau 8 tuần, góc thuyền-nguyệt 53° . Đánh giá thời điểm 20 tuần: tầm vận động gấp/duỗi cổ tay $60^{\circ}/70^{\circ}$, sức nắm bàn tay cải thiện từ 10kg trước mổ lên 25kg (90% so với bên lành), điểm Quick-Dash cải thiện từ 52 xuống 8 điểm. Người bệnh rất hài lòng với sẹo mổ của mình.

2.3. Trường hợp 3. BN nam, 36 tuổi, đau cổ tay sau té xe máy 2 năm. BN đau nhiều khi duỗi cổ tay, ấn đau vùng hõm lồi và khi cổ tay nghiêng trụ. Xquang và CT-scan xác định khớp giả eo xương thuyền với 2 mặt gãy xơ chai và các nang xương nhỏ bên dưới, góc thuyền-nguyệt 82° .

Chúng tôi thực hiện làm sạch ổ khớp giả, ghép xương xốp mào chậu cùng bên hoàn toàn qua nội soi cổ tay. Xương thuyền được KHX bằng 1 vít không đầu và 1 đinh Kirschner tăng cường. Sau mổ, BN được bất động với bó bột cứng bàn tay 8 tuần, rút đinh và bắt đầu chương trình phục hồi chức năng lấy lại tầm vận động và chức năng cổ bàn tay.

Kết quả: lành xương được ghi nhận qua CT-scan sau 8 tuần, góc thuyền-nguyệt 38° . Đánh giá thời điểm 20 tuần: tầm vận động gấp/duỗi cổ tay $80^{\circ}/80^{\circ}$, sức nắm bàn tay cải thiện từ 32kg trước mổ lên 36kg (96% so với bên lành), điểm Quick-Dash cải thiện từ 56 xuống 12 điểm. Người bệnh rất hài lòng với sẹo mổ.





Hình 3: A: CT-scan cho thấy khớp giả eo xương thuyền. B: Ổ khớp giả xương thuyền trước và sau ghép xương qua nội soi. C: CT-scan cho thấy lành xương thời điểm 8 tuần. D. Tâm vận động cổ tay lúc 20 tuần
(Nguồn: tác giả)

IV. BÀN LUẬN

Mục tiêu trong điều trị gãy mới xương thuyền và không lành xương thuyền là đạt được sự lành xương theo giải phẫu trước khi có các biến đổi sinh cơ học cổ tay và thoái hóa khớp cổ tay xảy ra. Dù có nhiều kĩ thuật phẫu thuật được áp dụng rộng rãi hiện nay như mổ mở hay bắt vít qua da, đường tiếp cận mặt mu tay hoặc mặt gan tay, sử dụng vít hay đinh Kirschner, bắt vít ngược dòng hay xuôi dòng, ghép xương có cuống hay không có cuống mạch thì nguyên lý đảm bảo lành xương thuyền vẫn không đổi: nắn chỉnh biến dạng, đảm bảo nguồn tưới máu, làm sạch mô xơ, ghép xương chất lượng và bất động vững chắc ổ gãy. Chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi cổ tay có thể hỗ trợ tốt phẫu thuật viên thực hiện tất cả các nguyên lý này trong điều trị gãy xương thuyền.²

Trong trường hợp lâm sàng thứ nhất, đối với gãy xương thuyền di lệch, cách tiếp cận truyền thống vẫn là mổ mở để tiếp cận ổ gãy và nắn chỉnh, việc này có nguy cơ gây tổn hại nguồn cấp máu vốn đã ít ỏi của xương thuyền cũng như làm tổn hại đến các dây chằng, bao khớp quanh xương thuyền. Xương thuyền có cấu trúc không gian ba chiều phức tạp nên việc nắn kín đơn thuần trên màn hình tăng sáng không đảm bảo tính chính xác. Với sự hỗ trợ của nội soi, chúng

tôi có thể quan sát trực tiếp ổ gãy, nắn chỉnh và cố định ổ gãy qua da, đảm bảo kết quả nắn tốt nhất và ít xâm lấn nhất.

Theo y văn, tỉ lệ gãy xương thuyền có kèm theo tổn thương dây chằng thuyền-nguyệt chiếm khoảng 13-30%, do đó việc khảo sát thường quy khớp thuyền-nguyệt là cần thiết trong điều trị gãy xương thuyền.⁶ Trong trường hợp thứ hai, nội soi cổ tay bên cạnh hỗ trợ kết hợp xương thuyền còn giúp chúng tôi đánh giá và phân độ chính xác tổn thương dây chằng thuyền-nguyệt. Với tổn thương dây chằng thuyền-nguyệt cấp tính độ IIIC theo EWAS như trường hợp này, điều trị được khuyến cáo bao gồm cắt lọc phần dây chằng bị đứt, nắn xuyên đỉnh khớp thuyền-nguyệt và khâu phục hợp dây chằng – bao khớp thuyền-nguyệt mặt mu tay.⁶

Nội soi cổ tay ghép xương – kết hợp xương trong điều trị không lành xương thuyền vẫn là đề tài được nghiên cứu và báo cáo nhiều nhất với bằng chứng mạnh về hiệu quả lành xương cũng như phục hồi chức năng tốt,³ ngay cả các trường hợp khớp giả cực gần xương thuyền có dấu hiệu hoại tử vô mạch cực gần trên cộng hưởng từ.⁷ Việc dọn sạch ổ khớp giả có thể tiến hành hoàn toàn qua nội soi bằng sử dụng curret nhỏ, lược mài shaver. Tuy nhiên khi cắt lọc cũng cần bảo tồn các phần sụn và bao khớp xung quanh ổ gãy để làm khoang chứa cho xương ghép. Lúc này, nội soi cổ tay trong môi trường nước giúp phẫu thuật viên có thể quan sát tốt hai mặt gãy để có thể mài đến phần xương xốp rỗng máu chuẩn bị cho quá trình ghép xương. Do thể tích xương ghép được khuyến cáo cần ít nhất 3-5 lần thể tích ổ khớp giả, chúng tôi chọn lấy xương xốp từ mào chậu thay vì lấy xương từ đầu dưới xương quay hay mỏm khuỷu như một số báo cáo trước đây.² Việc ghép xương có thể thực hiện hoàn toàn qua nội soi với sử dụng 1 ống dẫn qua da, xương ghép được găm nhỏ, đưa vào ổ gãy qua ống dẫn, xếp từng lớp và nén chặt giúp tăng độ vững ổ gãy. Việc kết hợp xương có thể thực hiện qua da bằng vít xương thuyền hoặc đinh Kirschner, tuy nhiên việc nén ép quá mức không được khuyến cáo vì có thể làm di lệch xương ghép và sụp ổ khớp giả. Do kinh nghiệm còn hạn chế, chúng tôi thấy rằng các khớp giả vùng eo xương thuyền là thuận lợi nhất cho việc ghép xương – kết hợp xương qua nội soi cổ tay như trường hợp thứ ba kể trên.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi khớp cổ tay trong điều trị gãy xương thuyền có nhiều ưu điểm so với phẫu thuật mổ mở do: gần như toàn bộ xương thuyền

nằm trong khớp cổ tay nên có thể dễ dàng tiếp cận, làm sạch ổ khớp giả, nắn chỉnh, ghép xương qua nội soi khớp; giúp bảo tồn được máu nuôi, dây chằng, thần kinh bản thể quanh xương thuyền so với mổ mở; phát hiện và điều trị các tổn thương trong khớp cổ tay kèm theo như dây chằng, sụn khớp. Kết quả bước đầu ứng dụng nội soi cổ tay trong điều trị gãy mới và không lành xương thuyền tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh cho thấy đây là kỹ thuật an toàn, mang lại lành xương, phục hồi chức năng và thẩm mỹ tốt cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Carpenter CR, Pines JM, Schuur JD, Muir M, Calfee RP, Raja AS.** Adult scaphoid fracture. Acad Emerg Med. Feb 2014;21(2):101-21. doi:10.1111/acem.12317
2. **Wong WC, Ho PC.** Arthroscopic Management of Scaphoid Nonunion. Hand Clin. Aug 2019;35(3): 295-313. doi:10.1016/j.hcl.2019.03.003
3. **Basso MA, Smeraglia F, Ocampos-Hernandez M, Balato G, Bernasconi A, Corella-Montoya F.** Scaphoid fracture non-union: a systematic review of the arthroscopic management. Acta Biomed. Oct 17 2023;94(5): e2023194. doi:10.23750/abm.v94i5.14646
4. **Grewal R, Suh N, Macdermid JC.** Use of computed tomography to predict union and time to union in acute scaphoid fractures treated nonoperatively. J Hand Surg Am. May 2013;38(5): 872-7. doi:10.1016/j.jhsa.2013. 01.032
5. **Messina JC, Van Overstraeten L, Luchetti R, Fairplay T, Mathoulin CL.** The EWAS Classification of Scapholunate Tears: An Anatomical Arthroscopic Study. J Wrist Surg. May 2013;2(2):105-9. doi:10.1055/s-0033-1345265
6. **Mathoulin C, Gras M.** Role of wrist arthroscopy in scapholunate dissociation. Orthop Traumatol Surg Res. Feb 2020;106(1s):S89-s99. doi:10.1016/j.otsr.2019.07.008
7. **Ecker J, Shahbaz L, Kohli S, Breidahl W, Andrijich C.** Arthroscopic Bone Graft and Internal Fixation of Non-Union of the Proximal Pole of the Scaphoid: Surgical Technique and Outcomes. J Wrist Surg. Dec 2022;11(6):535-540. doi:10.1055/s-0041-1742097

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ SORAFENIB TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN GIAI ĐOẠN TIẾN XA

Trương Thị Ánh Hồng¹, Đào Đức Tiến¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sorafenib - một chất ức chế đa kinase đường uống, tác động ức chế sự tăng sinh tế bào khối u và sự hình thành mạch máu khối u – đã được các nghiên cứu pha III chứng minh hiệu quả kéo dài sống còn toàn bộ. Cho đến hiện nay sorafenib vẫn được coi là điều trị tiêu chuẩn cho những bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) giai đoạn tiến xa. **Mục tiêu:** Đánh giá sống còn toàn bộ (OS), sống còn không bệnh tiến triển (PFS), tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) và độc tính điều trị của sorafenib trong HCC giai đoạn tiến xa. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 61 bệnh nhân được chẩn đoán HCC giai đoạn tiến xa được điều trị bằng sorafenib tại Bệnh viện Quân Y 175 từ tháng 1/2022 tới tháng 12/2024. **Kết quả:** OS trung vị là 4 tháng [KTC 95%: 3,2 – 6,8 tháng], bệnh nhân Child-Pugh A có OS trung vị dài hơn đáng kể so với bệnh nhân Child-Pugh B: 6,2 tháng so với 3,6 tháng (p=0.003). PFS trung vị là 4 tháng [KTC 95%: 2,6 – 5,4 tháng], DCR là 49,2%. Độc tính hay gặp nhất là hội chứng bàn tay-bàn chân (41%), trong đó mức độ 3-4 chiếm 11,5%. **Kết luận:** Điều trị sorafenib trong HCC giai đoạn tiến xa có tỷ lệ kiểm soát bệnh khả quan và các độc tính thường gặp

ở mức độ 1-2. Tuy nhiên thời gian sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh tiến triển vẫn chưa được cải thiện. Bệnh nhân Child-Pugh B có kết quả sống còn toàn bộ kém hơn Child-Pugh A. **Từ khóa:** sorafenib, ung thư biểu mô tế bào gan, HCC, giai đoạn tiến xa.

SUMMARY

EFFICACY OF SORAFENIB THERAPY IN ADVANCED HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Background: Sorafenib - an oral multikinase inhibitor that inhibits tumor-cell proliferation and tumor angiogenesis - has been shown in phase III studies to prolong overall survival. Until recently, sorafenib is considered the standard treatment for patients with advanced hepatocellular carcinoma (HCC). **Objective:** Evaluate the overall survival (OS), progression-free survival (PFS), disease control rate (DCR), and toxicity of sorafenib in advanced HCC. **Patients and method:** Retrospective descriptive study from 61 patients with advanced HCC to receive sorafenib at Military Hospital 175 from January 2022 to December 2024. **Results:** Median OS was 4 months [95% CI: 3.2–6.8 months]. Child-Pugh A patients had a median survival rate significantly longer than Child-Pugh B patients: 12 months vs. 6 months (p=0.003). Median PFS was 4 months [95% CI: 2.6–5.4 months], DCR was 49.2%. The most common toxicity was hand-foot syndrome (41%), of which grade 3–4 accounted for 11.5%. **Conclusion:** Sorafenib in the treatment of advanced HCC has a favorable disease control rate and common toxicities were grade 1-2. However, there are no significant

¹Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Đào Đức Tiến

Email: ddtien1101@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025