

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (N)	Tỉ lệ %
Tuổi	≤65	32	58.2
	≥65	23	41.8
	Trung bình	61.2 ± 8.77	
Giới	Nam	45	81.8
	Nữ	10	18.2
Tiền sử hút thuốc	Không hút/dã bỏ	30	54.5
	Nghiện thuốc lá	25	45.5
Chỉ số toàn trạng PS	0	20	36.4
	1	35	63.6
Mô bệnh học	UTBMTB vảy	5	9.1
	UTBMTB không vảy	50	90.9
Phác đồ bước 1	Paclitaxel-Platinum	43	78.2
	Pemetrexed-Platinum	12	21.8
Đáp ứng điều trị bước 1	Ổn định	31	56.4
	Đáp ứng một phần	24	43.6

Nhận xét: Tuổi trung bình là 61.2 ± 8.77, tuổi nhỏ nhất là 37, cao nhất là 76. Bệnh gặp phần lớn ở nam giới, tỉ lệ nam/nữ là 4.49/1. Chỉ số toàn trạng chủ yếu PS 1 chiếm 63.6%. Mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào không vảy (90.9%). Hóa chất điều trị bước 1 đa số là phác đồ bộ đôi Paclitaxel-Platinum với 43 bệnh nhân (78.2%). Đáp ứng điều trị bước 1 có 31 bệnh nhân đạt bệnh ổn định chiếm 56.4%.

3.2. Đánh giá kết quả của nghiên cứu

3.2.1. Đáp ứng điều trị

Bảng 2: Đánh giá đáp ứng khách quan theo RECIST 1.1

Đáp ứng	n	%
Đáp ứng hoàn toàn (CR)	0	0
Đáp ứng một phần (PR)	7	12.7
Bệnh ổn định (SD)	29	52.7
Bệnh tiến triển (PD)	19	34.5
Đáp ứng toàn bộ (ORR)	7	12.7
Kiểm soát bệnh (DCR)	36	65.5

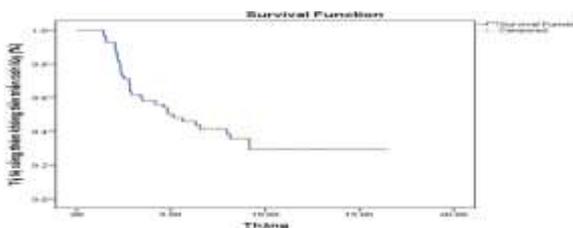
Nhận xét: Không có bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, tỉ lệ đáp ứng một phần là 12.7%, tỉ lệ bệnh ổn định là 52.7% và có 34.5% bệnh nhân tiến triển. ORR là 12.7%, DCR là 65.5%.

3.2.2. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) và một số yếu tố liên quan

3.3. Đặc điểm các tác dụng phụ thường gặp

Bảng 4. Tác dụng phụ trên hệ tạo huyết

N=55	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hạ bạch cầu	44	80	8	14.5	3	5.5	0	0
Hạ bạch cầu trung tính	43	78.2	3	5.5	4	9.3	5	9.1



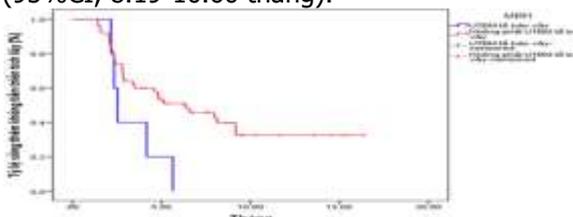
Biểu đồ 1. Đường cong Kaplan Meier của thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5.1 tháng (95%CI, 3.4 - 9.2 tháng), ngắn nhất là 1.5 tháng, dài nhất là 16 tháng.

Bảng 3: PFS và một số yếu tố liên quan

Yếu tố		mPFS	p
Tuổi	≤ 65	9.2	0.253
	>65	4.2	
Giới	Nam	4.2	0.458
	Nữ	9.2	
Chỉ số toàn trạng PS	0	6.3	0.566
	1	4.6	
Phác đồ điều trị bước 1	Paclitaxel-Platinum	5.6	0.784
	Peme-Platinum	5.1	
Đáp ứng điều trị bước 1	Bệnh ổn định	6.3	0.958
	Đáp ứng 1 phần	4.2	
Đáp ứng của điều trị Vinorelbine	Kiểm soát bệnh	9.4	0.440

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi được phân tích với các yếu tố liên quan như tuổi, giới tính, chỉ số toàn trạng, phác đồ điều trị bước 1 và đáp ứng điều trị bước 1. Trung vị PFS của nhóm kiểm soát bệnh là 9.4 tháng (95%CI, 8.19-10.60 tháng).



Biểu đồ 2. PFS với tình trạng mô bệnh học

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi được phân tích với tình trạng mô bệnh học (p=0.041), PFS với ung thư biểu mô tế bào vảy là 2.5 tháng, PFS với ung thư biểu mô không vảy là 6.3 tháng.

Hạ hemoglobin	32	58.2	19	34.5	4	7.3	0	0
Hạ tiểu cầu	54	98.2	1	1.8	0	0	0	0

Nhận xét: Tác dụng phụ trên hệ tạo huyết chủ yếu là độ 1 và 2, gặp 5 (chiếm 9.1%) bệnh nhân hạ bạch cầu trung tính độ 3. Không có bệnh nhân nào hạ bạch cầu, tiểu cầu và hemoglobin độ 3.

Bảng 5. Tác dụng phụ ngoài hệ tạo huyết

N=55	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tăng men gan	31	56.4	23	41.8	0	0	1	1.8
Tăng creatinin	51	92.7	3	5.5	1	1.8	0	0
Nôn	36	65.5	19	34.5	0	0	0	0
Mệt mỏi	37	67.3	18	32.7	0	0	0	0
Chán ăn	36	65.5	19	34.5	0	0	0	0
Thần kinh ngoại vi	46	83.6	9	16.4	0	0	0	0

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết thường gặp là tăng men gan (43.6%), tăng creatinin (7.3%) chủ yếu gặp độ 1. Tình trạng nôn (34.5%), mệt mỏi (32.7%), chán ăn (34.5%), thần kinh ngoại vi (16.4%) đều là độ 1.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 61.2 ± 8.77 , (37-76). Kết quả này cũng tương tự kết quả các nghiên cứu khác như Jaafar Bennouna và cộng sự (2016) trên 151 bệnh nhân UTPKTBN được điều trị bằng phác đồ chứa vinorelbine có độ tuổi trung bình là 61 tuổi, độ tuổi từ 38 -75 tuổi.⁷ Tỷ lệ nam, nữ trong nghiên cứu là 81.8% và 18.2%, nam/nữ là 4.49/1. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu Nguyễn Thị Thái Hòa (2021) với độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn là $62,9 \pm 11,6$, tỷ lệ nam 71.7%, nữ 28.3%.⁸ Theo GLOBOCAN 2022 tỷ lệ nam, nữ giới mắc ung thư phổi chung là 17.8%, 8.7%. Tại các nước phát triển, Vinorelbine uống đơn trị liệu cũng là lựa chọn bước 1 thường dùng cho bệnh nhân cao tuổi.

Chỉ số toàn trạng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là PS 0-1, với chủ yếu PS 1 chiếm 63.6%. Thể mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào không vảy (90.9%).

4.2. Đặc điểm về hiệu quả điều trị. Tỷ lệ bệnh đáp ứng điều trị ORR là 12.7%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh DCR là 65.5%. Andrea Camerini, (2015) sử dụng Vinorelbine uống đơn trị liệu bước 1 cho các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa, kết quả thu được cũng tương đương với DCR là 58,1%, PFS là 5 tháng.² Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu đời thực ở trong và ngoài nước.^{7,8}

Khi đánh giá tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển với các yếu tố liên quan, trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy: không có sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê về PFS với các yếu tố như giới tính, tình trạng hút thuốc lá, chỉ số toàn trạng. Tuy nhiên, PFS có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi được phân tích với tình trạng mô bệnh học ($p=0.041$), PFS với ung thư biểu mô tế bào vảy là 2.5 tháng, PFS với ung thư biểu mô không vảy là 6.3 tháng.

Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5.1 tháng (95%CI, 3.4 - 9.2 tháng), ngắn nhất là 1.5 tháng, dài nhất là 16 tháng. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu MANILA về điều trị duy trì Vinorelbine uống metronomic sau hóa trị bộ đôi có Platinum với kết quả PFS 4,2 tháng (95%CI, 2.8 - 5.6 tháng).⁵ Kết quả của nghiên cứu pha II về điều trị duy trì Vinorelbine thì cho kết quả cao hơn với PFS là 6.7 tháng (95% CI, 3.7-9.7 tháng).⁶ Nghiên cứu trong nước về điều trị duy trì Vinorelbine metronomic cũng cho kết quả tương đương với PFS là 5.5 tháng (95% CI, 2.2-22.0 tháng).⁸ Khi đánh giá riêng nhóm UTBM tế bào không vảy trong nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả PFS là 6.3 tháng, tốt hơn khi so sánh với điều trị duy trì chuyển đổi bằng Pemetrexed ở nghiên cứu pha III (JMEN trial), đem lại PFS là 4.5 tháng và tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thái Hòa với PFS là 6.0 tháng ở nhóm UTBM tuyến.^{3,8} Đặc biệt, trong nghiên cứu của chúng tôi khi đánh giá PFS ở nhóm các bệnh nhân đạt kiểm soát bệnh đạt trung vị PFS là 9.4 tháng (95%CI, 8.19-10.60 tháng), cho thấy tỷ lệ kiểm soát bệnh không phải ngoại mục, nhưng các bệnh nhân đã đạt được kiểm soát bệnh thì thường kéo dài được PFS.

4.3. Đặc điểm về một số tác dụng phụ thường gặp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tác dụng phụ trên hệ tạo huyết chủ yếu là độ 1 và 2. Chỉ có 5 bệnh nhân chiếm 9.1% hạ bạch cầu trung tính độ 3. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu pha II về điều trị duy trì Vinorelbine với hạ bạch cầu trung tính độ 3/4 là 8%, hay nghiên cứu của MANILA cũng tương tự.^{5,6} Các tác

dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết thường gặp là tăng men gan (43.6%), tăng creatinin (7.3%) chủ yếu gặp độ 1. Tình trạng nôn (34.5%), mệt mỏi (32.7%), chán ăn (34.5%), thần kinh ngoại vi (16.4%) đều gặp độ 1.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 55 bệnh nhân về đánh giá kết quả và một số tác dụng không mong muốn trong điều trị duy trì chuyển đổi UTPKTBN giai đoạn IV bằng Vinorelbine đường uống cho thấy cải thiện đáng kể thời gian sống thêm không bệnh tiến triển, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân đã đạt kiểm soát bệnh, cụ thể như sau: Tỷ lệ đáp ứng chung (ORR) là 12.7%, tỉ lệ kiểm soát bệnh (DCR) là 65.5%. Trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 5.1 tháng và 9.4 tháng ở nhóm bệnh nhân đã đạt kiểm soát bệnh.

Thuốc dễ sử dụng và có độ an toàn cao, tác dụng phụ trên hệ tạo huyết chỉ gặp 5 bệnh nhân (9.1%) hạ bạch cầu trung tính độ 3, tác dụng phụ ngoài hệ tạo huyết chủ yếu là độ 1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pubweb.vn. Tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN 2022. Accessed July 12, 2024. <https://nci.vn/tin-tuc/tinh-hinh-benh-ung-thu-tai-viet-nam-theo-globocan-2022-58>
2. Camerini A, Puccetti C, Donati S, et al. Metronomic oral vinorelbine as first-line treatment in elderly patients with advanced non-small cell lung cancer: results of a phase II trial (MOVE trial). BMC Cancer. 2015;15:359. doi:10.1186/s12885-015-1354-2

3. Zhang L, Belani CP, Zhang PH, et al. Dynamic change of fatigue of pemetrexed maintenance treatment in the JMEN trial. Lung Cancer. 2018; 115: 121-126. doi:10.1016/j.lungcan.2017. 11.026
4. Paz-Ares LG, de Marinis F, Dediu M, et al. PARAMOUNT: Final overall survival results of the phase III study of maintenance pemetrexed versus placebo immediately after induction treatment with pemetrexed plus cisplatin for advanced nonsquamous non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol. 2013;31(23):2895-2902. doi:10.1200/JCO.2012.47.1102
5. Platania M, Pasini F, Porcu L, et al. Oral maintenance metronomic vinorelbine versus best supportive care in advanced non-small-cell lung cancer after platinum-based chemotherapy: The MA.NI.LA. multicenter, randomized, controlled, phase II trial. Lung Cancer. 2019;132:17-23. doi:10.1016/j.lungcan.2019.04.001
6. Farhat FS, Ghosn MG, Kattan JG. Oral vinorelbine plus cisplatin followed by maintenance oral vinorelbine as first-line treatment for advanced non-small cell lung cancer. Cancer Chemother Pharmacol. 2015;76(2):235-242. doi:10.1007/s00280-015-2785-9
7. Bennouna J, Zatloukal P, Krzakowski MJ, et al. Prospective randomized phase II trial of oral vinorelbine (NVBo) and cisplatin (P) or pemetrexed (Pem) and P in first-line metastatic or locally advanced non-small cell lung cancer (M or LA NSCLC) patients (pts) with nonsquamous (non SCC) histologic type: NAVoTRIAL01—Preliminary results. JCO. 2012;30(15_suppl):7575-7575. doi:10.1200/jco.2012.30.15_suppl.7575
8. Nguyễn TTH. Kết quả phân tích dưới nhóm hóa trị vinorelbine metronomic ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa. VMJ. 2021;501(1). doi:10.51298/vmj.v501i1.420

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN ĐỐI CHIẾU VỚI KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH

Nguyễn Thị Diệp¹, Vũ Ngọc Hà¹, Phùng Đôn Đàm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) của ung thư biểu mô tế bào gan (UBTG) và đánh giá giá trị của CHT trong chẩn đoán UBTG thông qua đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 46 bệnh nhân được chẩn đoán UBTG tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ tháng 01/2023 đến 08/2025. Tất cả bệnh nhân đều được chụp CHT gan

1,5 Tesla với các chuỗi xung theo protocol nghiên cứu. Kết quả CHT được đối chiếu với giải phẫu bệnh ở 39 trường hợp; 7 trường hợp còn lại đủ điều kiện chẩn đoán dựa trên hình ảnh và AFP theo tiêu chuẩn Bộ Y tế. **Kết quả:** đa số bệnh nhân là nam (93%), tuổi trung bình $62,7 \pm 11,6$. UBTG đơn ổ chiếm 76%, chủ yếu ở gan phải (82,5%); 85% khối u ≤ 50 mm. Đặc điểm tín hiệu: 95,5% tăng T2W, 90% giảm T1W và 98% tăng Diffusion kèm giảm ADC. Động học ngấm thuốc: 98,9% ngấm mạnh thì ĐM; 92,5% thải thuốc ở thì TMC; 95,5% thải thuốc thì muộn. Huyết khối TMC ác tính gặp ở 19,6%, trong đó 77% có động học giống u nguyên phát. CHT phù hợp giải phẫu bệnh trong 89% trường hợp; độ chính xác tăng theo kích thước u (<20 mm: 80%; 20–50 mm: 93%; >50 mm: 100%). **Kết luận:** Kết quả cho thấy CHT có giá trị cao trong chẩn đoán UBTG và phát hiện huyết khối TMC ác tính, nên được sử dụng thường quy trong đánh giá tổn thương gan nghi ngờ UBTG. **Từ khóa:** Ung thư

¹Bệnh viện Đa Khoa Hà Đông

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệp

Email: diepnguyen.bs@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

biểu mô tế bào gan; Cộng hưởng từ; Giải phẫu bệnh; Huyết khối tĩnh mạch cửa ác tính.

SUMMARY

MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN CORRELATION WITH HISTOPATHOLOGICAL RESULTS

Objectives: To describe the magnetic resonance imaging (MRI) features of hepatocellular carcinoma (HCC) and to evaluate the diagnostic value of MRI through correlation with histopathological findings.

Methods: This retrospective cross-sectional study included 46 patients diagnosed with HCC at Ha Dong General Hospital between January 2023 and August 2025. All patients underwent liver MRI on a 1.5 Tesla system using the study protocol. MRI findings were correlated with histopathology in 39 cases; the remaining 7 cases met the diagnostic criteria based on imaging findings and alpha-fetoprotein levels according to the Ministry of Health guidelines.

Results: The majority of patients were male (93%), with a mean age of 62.7 ± 11.6 years. Solitary HCC accounted for 76% of cases, predominantly located in the right hepatic lobe (82.5%); 85% of tumors measured ≤ 50 mm in diameter. Signal characteristics included hyperintensity on T2-weighted images in 95.5%, hypointensity on T1-weighted images in 90%, and diffusion restriction with high signal on diffusion-weighted imaging and low apparent diffusion coefficient values in 98% of cases. Contrast enhancement patterns showed arterial phase hyperenhancement in 98.9%, washout in the portal venous phase in 92.5%, and delayed phase washout in 95.5%. Malignant portal vein thrombosis was observed in 19.6% of cases, of which 77% demonstrated enhancement patterns similar to the primary tumor. MRI findings were concordant with histopathological results in 89% of cases, with diagnostic accuracy increasing with tumor size (<20 mm: 80%; 20–50 mm: 93%; >50 mm: 100%).

Conclusions: MRI demonstrates high diagnostic value in the detection of hepatocellular carcinoma and malignant portal vein thrombosis, and should be routinely utilized in the evaluation of liver lesions suspicious for HCC. **Keywords:** Hepatocellular carcinoma; Magnetic resonance imaging; Histopathology; Malignant portal vein thrombosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UBTG) là loại ung thư phổ biến trên thế giới. Theo số liệu của WHO năm 2020 về ung thư (GLOBOCAN) ghi nhận, ung thư gan nguyên phát là bệnh lý ung thư phổ biến thứ 6 và là nguyên nhân gây tử vong thứ 3 trên toàn thế giới. Ở Việt Nam, UBND đứng hàng thứ 2 sau ung thư dạ dày nhưng lại là ung thư tiêu hóa phổ biến nhất ở nam giới. [1-3]

UBTG nếu phát hiện muộn tiên lượng bệnh rất xấu, tỷ lệ tử vong cao và tử vong trong một thời gian ngắn kể từ khi phát hiện được bệnh. [3]

Trong các phương pháp chẩn đoán hình ảnh,

cộng hưởng từ (CHT) đã thể hiện được ưu thế vượt trội giúp hỗ trợ chẩn đoán sớm, với độ chính xác cao và có thể theo dõi sau điều trị ung thư gan hiệu quả hơn. Một số trường hợp không thể thực hiện sinh thiết gan hoặc qua giai đoạn có thể phẫu thuật thì CHT với hình ảnh điển hình kết hợp với xét nghiệm AFP tăng >400 ng/ml giúp chẩn đoán xác định UBND [3]. Đối với các trường hợp có sinh thiết, phẫu thuật thì việc đối chiếu kết quả hình ảnh CHT với kết quả giải phẫu bệnh là rất cần thiết để đánh giá tính chính xác và phân tích các khó khăn của CHT trong chẩn đoán ung thư gan. Điều này không chỉ giúp tăng cường độ tin cậy của phương pháp chẩn đoán mà còn đóng góp vào việc xây dựng các tiêu chí chuẩn cho việc phát hiện và phân loại UBND. [2-5]. Tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông, việc áp dụng CHT trong chẩn đoán UBND đã thống kê nhiều ca có hình ảnh không điển hình gây ra khó khăn trong chẩn đoán. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Mô tả đặc điểm hình ảnh và nhận xét vai trò cộng hưởng từ trong chẩn đoán UBND" nhằm hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) của ung thư biểu mô tế bào gan (UBND).

2. Đánh giá giá trị của CHT trong chẩn đoán UBND thông qua đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Toàn bộ 46 bệnh nhân được chẩn đoán UBND từ 1/2023 đến 8/2025 đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm các tiêu chuẩn loại trừ, cụ thể:

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Đa Khoa Hà Đông, có đầy đủ hồ sơ bệnh án và đạt một trong các điều kiện sau:

- Bệnh nhân có hình ảnh u gan điển hình trên CHT và AFP ≥ 400 ng/ml.

- Bệnh nhân có hình ảnh u gan trên CHT; được sinh thiết hoặc phẫu thuật có kết quả giải phẫu bệnh là UBND.

• Tiêu chuẩn loại trừ: **Khô u gan đã được điều trị (bằng các phương pháp tiêm cồn hoặc acid acetic vào khô u, đốt nhiệt cao tần, nút mạch...).** Các hình ảnh cộng hưởng không đạt tiêu chuẩn chẩn đoán (không đầy đủ các chuỗi xung nghiên cứu, hình ảnh bị nhiễu...).

• Địa điểm và thời gian nghiên cứu: **Bệnh nhân đến khám, thực hiện các xét nghiệm và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông. Chụp CHT tại khoa chẩn đoán hình ảnh, sinh thiết hoặc phẫu thuật khô u gan tại**

bệnh viện. Kết quả GPB do khoa GPB thực hiện. Toàn bộ thời gian này được diễn ra trong khoảng từ tháng 1/2023 đến tháng 8/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: **Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.**

- Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu: **46 bệnh nhân được lựa chọn thuận tiện, ngẫu nhiên.**

- Phương tiện nghiên cứu: **Tất cả các bệnh nhân được chụp với máy MRI 1,5 Tesla của hãng Siemens, Đức. Hệ thống lưu trữ hình ảnh Pacs Mineva. Hệ thống HIS của bệnh viện.**

Các chuỗi xung chụp cộng hưởng từ: theo protocol chung đánh giá các khối u gan: T1W, T2W, T2FS, Diffusion/ Bản đồ ADC, T1FS trước và sau tiêm các thì động mạch, tĩnh mạch cửa và thì muộn.

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Chọn bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 2: Đánh giá kết quả hình ảnh học khối u. So sánh với kết quả giải phẫu bệnh để nhận xét vai trò của CHT trong chẩn đoán ung thư tế bào gan.

- Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: - **Các số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0 theo các phương pháp thống kê: lập bảng, tính trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm....**

- So sánh tìm sự khác nhau giữa 2 nhóm thành công và thất bại về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bằng thuật toán χ^2 , t-test.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là hồ sơ bệnh án, hệ thống lưu trữ hình ảnh của bệnh viện. Do đó Bệnh nhân không mất thêm bất cứ chi phí nào liên quan đến nghiên cứu. Các thông tin về người bệnh được bảo mật hoàn toàn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi thu thập được 46 bệnh nhân gồm nam 43 nam (93%); 3 nữ (7%). Độ tuổi trung bình $62,7 \pm 11,6$. Tuổi thấp nhất 34, cao nhất 88. Độ tuổi hay gặp 50 tuổi đến 69 tuổi là 29 ca (63%), sau đó là nhóm ≥ 70 có 12 ca (26,1%), nhóm 30-49 có 5 ca chiếm 10,9%, không có ca nào <30 tuổi.

3.2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ UBTG

3.2.1. Số lượng, kích thước và vị trí khối u

- Số lượng:

Bảng 1. Số lượng khối u trên một bệnh nhân

Số khối u	1	2-3	>3 khối
Số người	35	8	3
%	76	17	7

U gan đơn ổ chiếm chủ yếu (76%) các khối u từ 1-3 khối chiếm tỉ lệ cao 90.5% là yếu tố kết thành tiên lượng cho bệnh nhân.

- Vị trí:

Bảng 2. Phân bố theo vị trí khối u

Vị trí tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gan phải	56	82,5
Gan trái	11	16
Vùng rốn gan	1	1,5
Tổng	68	100%

68 khối u của 46 bệnh nhân được khảo sát, phần lớn khối u ở vị trí gan phải (82,5%), gan trái 16% và ở rốn gan có 1 khối (chiếm 1,5%).

- Kích thước khối u:

Bảng 3. Phân bố kích thước u gan

Kích thước	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<20 mm	8	12
20-50 mm	50	73
50-100 mm	10	15
Tổng số	68	100

Phần lớn khối u có đường kính ≤ 5 cm chiếm 85%). Trung vị đường kính khối u 2,7 cm; nhỏ nhất 0,9 cm; lớn nhất 17,6cm.

3.2.2. Đặc điểm hình ảnh UBTG trên các chuỗi xung

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh UBTG trên chuỗi xung T2W, T1W

Tín hiệu	T2W		T1W	
	Số khối u (n)	Tỉ lệ (%)	Số khối u (n)	Tỉ lệ (%)
Tăng	65	95,5	6	8,5
Giảm	2	3	61	90
Đồng	1	1,5	1	1,5
Tổng	68	100,0	68	100

Hầu hết UBTG tăng tín hiệu trên chuỗi xung T2W (95,5%), giảm tín hiệu trên chuỗi xung T1W (90%).

Bảng 5. Đặc điểm hình ảnh UBTG trên chuỗi xung T1W sau tiêm thuốc đối quang từ thì ĐM

T1W sau tiêm thuốc thì ĐM	Số khối u (n)	Tỉ lệ (%)
Ngấm thuốc	67	98,9
Không ngấm	1	1,1
Tổng	68	100

Hầu hết UBTG ngấm thuốc đối quang từ nhanh trên chuỗi xung T1W sau tiêm thì ĐM.

Bảng 6. Đặc điểm hình ảnh UB TG trên chuỗi xung T1W sau tiêm thuốc đối quang từ thì TMC

T1W sau tiêm thuốc thì TMC	Số khối u (n)	Tỉ lệ (%)
Ngấm thuốc	1	1,5
Giữ thuốc	3	4,5
Thải thuốc	63	92,5
Không ngấm	1	1,5
Tổng	68	100,0

Hầu hết UB TG thải thuốc đối quang từ trên chuỗi xung T1W sau tiêm thì TMC (chiếm tỉ lệ 92,5%).

Bảng 7. Đặc điểm hình ảnh UB TG trên chuỗi xung T1W sau tiêm thuốc đối quang từ thì muện

T1W sau tiêm thì muện	Số khối u (n)	Tỉ lệ (%)
Ngấm thuốc	1	1,5
Giữ thuốc	2	3
Thải thuốc	65	95,5
Tổng	68	100

Hầu hết UB TG thải thuốc đối quang từ trên chuỗi xung T1W sau tiêm thì muện (chiếm tỉ lệ 95,5%). Có 02 khối u giữ thuốc ở thì muện là các HCC có tính chất động học không điển hình.

Bảng 8. Đặc điểm hình ảnh UB TG trên chuỗi xung Diffusion và bản đồ ADC

	Số khối u (n=68)	Tỉ lệ (%)
Tăng tín hiệu Diffusion	67	98
Giảm tín hiệu ADC	67	98

Hầu hết UB TG tăng tín hiệu (giảm khuếch tán) trên chuỗi xung Diffusion, giảm tín hiệu trên bản đồ ADC.

3.2.3. Một số dấu hiệu gián tiếp của UB TG

- Thành phần trong khối u

Bảng 9. Các thành phần đặc biệt trong u

Thành phần	Số khối u (n)	Tỉ lệ (%)
Có vỏ	10/68	15
Mỡ vi thể	11/68	16
Sẹo xơ trung tâm	2/68	2,5
Hoại tử trong u	22/68	32

UB TG chứa mỡ vi thể và có vỏ chiếm tỉ lệ thấp. UB TG có sẹo xơ trung tâm chiếm tỉ lệ rất thấp 2,5%. Hoại tử trong u chiếm khoảng 1/3 số khối u.

Bảng 10. Tỉ lệ UB TG có huyết khối TMC

Huyết khối TMC	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Huyết khối	9/16	19,6

UB TG có huyết khối TMC chiếm tỉ lệ chiếm 19,6%, thường thấy trên BN có khối u lớn, u vùng rốn gan.

Bảng 11. Tỉ lệ UB TG có tổn thương kèm theo và thứ phát

Tổn thương	Số BN	Tỉ lệ (%)
Hạch OB	7	15
Dịch OB	9	19,5
Xơ gan	29	63
Lách to	15	32,6
Cơ quan khác	7	15

Tỉ lệ UB TG trên nền xơ gan chiếm tỷ lệ cao 63%. 15% có di căn xa đến các cơ quan khác, cơ quan gặp nhiều nhất là phổi 5/7 ca.

3.3. Nhận xét vai trò cộng hưởng từ thông qua đôi chiếu GPB.

Chụp CHT nghiên cứu chẩn đoán 46 bệnh nhân, trong đó:

+ 7 bệnh nhân không làm GPB vì đủ tiêu chuẩn chẩn đoán UB TG dựa vào nồng độ AFP tăng cao >400 ng/ml và hình ảnh CHT điển hình UB TG.

+ 39 bệnh nhân được sinh thiết hoặc phẫu thuật để xét nghiệm GPB xác định chẩn đoán.

Bảng 12. Đôi chiếu kết quả đọc CHT với kết GPB UB TG (đánh giá đôi với 39 trường hợp có kết quả GPB)

Kết quả đọc CHT	Giải phẫu bệnh (+) (n=39)	Tỷ lệ %
UB TG (+)	35	89
UB TG (-)	4	11
Tổng	39	100%

Đôi chiếu kết quả chẩn đoán UB TG trên CHT với GPB cho thấy mức độ phù hợp rất tốt. Tỷ lệ chụp CHT UB TG dương tính trong các trường hợp có kết quả GPB dương tính là 89% với p < 0,001.

Bảng 13. Đôi chiếu kết quả đọc CHT với GPB theo đường kính khối u lớn nhất (Đánh giá trên 56 khối u /39 bệnh nhân có GPB)

Đường kính khối u	Kết quả đọc CHT	GPB (+)	Tỷ lệ (%)
<20 mm	UB TG (+)	4	80
	UB TG (-)	1	20
	Tổng số	5	100
20-50 mm	UB TG (+)	41	93
	UB TG (-)	3	7
	Tổng số	44	100
>50 mm	UB TG (+)	7	100
	UB TG (-)	0	0
	Tổng số	7	100

Đối với nhóm bệnh nhân có đường kính khối u lớn nhất <20 mm, chụp CHT chẩn đoán UB TG được 80% các ca. Độ chính xác tăng lên 93% ở nhóm bệnh nhân có đường kính khối u lớn nhất 20-50 mm. Đạt 100% khi đường kính khối u lớn nhất >50 cm.