

results of a randomized, double- masked Phase III study. Acta Ophthalmol, (88), 12–19.

6. **Chabi A, Varma R và Tsai JC (2012).** Randomized clinical trial of the efficacy and safety of preservative-free tafluprost and timolol in patients with open-angle glaucoma or ocular hypertension. Am J Ophthalmol, (153), 1187–1196.
7. **Takeshi Kumagami (2013).** Comparison of corneal safety and intraocular pressure-lowering

effect of tafluprost ophthalmic solution with other prostaglandin ophthalmic solutions. J Ocular Pharm Ther, 30 (4), 340-345.

8. **Hamacher T, Airaksinen J và Saarela V (2008).** Efficacy and safety levels of preserved and preservative-free tafluprost are equivalent in patients with glaucoma or ocular hypertension: results from a pharmacodynamics analysis. Acta Ophthalmol, 86 (24), 14-19.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐỐT SÓNG CAO TẦN KẾT HỢP NÚT MẠCH HÓA CHẤT ĐỘNG MẠCH Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Nguyễn Công Long\*, Nguyễn Nghệ Tĩnh\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đốt sóng cao tần (RFA) phối hợp với nút mạch hóa chất động mạch gan (TACE) có kết quả tốt ở bệnh nhân ung thư gan (HCC) giai đoạn trung bình. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá hiệu quả lâu dài của điều trị phối hợp hai phương pháp TACE và RFA ở bệnh nhân HCC. **Đối tượng và phương pháp:** Tổng số 42 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị bằng phương pháp nút mạch hóa chất động mạch gan kết hợp với đốt sóng cao tần. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 63,6 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân có một khối u là 17 bệnh nhân chiếm 40,5%. Nguyên nhân chính gây ung thư biểu mô tế bào gan là viêm gan virus B 36 bệnh nhân chiếm 85,7%. Thời gian sống trung bình của bệnh nhân sau can thiệp nút hóa chất động mạch gan kết hợp RFA là 8,261 năm. **Kết luận:** Kết hợp TACE và RFA là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị HCC giai đoạn trung bình.

**Từ khóa:** ung thư biểu mô tế bào gan; đốt sóng cao tần; nút hóa chất động mạch gan

### SUMMARY

#### RADIOFREQUENCY ABLATION COMBINED WITH TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION FOR INTERMEDIATE HEPATOCELLULAR CARCINOMA

**Objectives:** Radiofrequency ablation therapy (RFA) combined with transarterial chemoembolization (TACE) (combination therapy) is effective for intermediate hepatocellular carcinoma (HCC). The aim of this study was the long-term effects of combination therapy for intermediate HCC. **Methods:** A total of 42 patients with hepatocellular carcinoma treated with transarterial chemoembolization combined RFA. **Results:** The mean age was 63.6 year. The single tumor accounted for 17(40.5%). The cause

hepatocellular carcinoma was hepatitis B, 36 patients (85.7%). For overall survival rate of the 42 patients who underwent transarterial chemoembolization combined with RFA were 8.261 years. **Conclusion:** The combination of TACE and RFA is a safe and effective therapy in patients with intermediate HCC.

**Keywords:** hepatocellular carcinoma; radiofrequency ablation; transarterial chemoembolization.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là một trong năm loại ung thư thường gặp nhất trên thế giới, ở Việt nam ung thư gan đứng hàng thứ nhất ở nam giới, ung thư gan thường xuất hiện trên gan xơ, tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng [1, 2]. HCC ngoài phát triển của khối u gan thì chức năng của gan cũng là yếu tố liên quan đến tiên lượng của ung thư [3]. Trong các phương pháp điều trị HCC không có khả năng phẫu thuật hiện nay thì nút mạch hóa chất động mạch gan (TACE) và ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy vai trò của TACE với HCC giai đoạn đầu. Mặc dù kết quả điều trị TACE ở bệnh nhân có ung thư gan giai đoạn trung gian, và TACE vẫn chỉ được xem như là một biện pháp điều trị hỗ trợ, không có khả năng gây hoại tử hoàn toàn khối u, khối u bị tái phát sau TACE là một tình huống thường xuyên gặp phải, nếu TACE được thực hiện nhiều lần có thể gây tổn thương đến chức năng gan. Đốt sóng cao tần (RFA) được biết đến như một phương pháp điều trị triệt căn tại chỗ hơn là TACE và có thể giúp hoại tử toàn bộ khối u ở những bệnh nhân HCC khối nhỏ, tuy nhiên với các khối u lớn thì RFA cũng đạt tỷ lệ hoại tử hoàn toàn không cao và cần phải làm nhiều lần. Một số nghiên cứu trên thế giới trong đó Tanaka và cộng sự thực hiện phối hợp hai phương pháp điều trị ở bệnh nhân HCC giai đoạn trung bình thực hiện điều trị phối hợp TACE và RFA [4]. Cho thấy kết quả đạt được khá khả quan vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này

\*Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022

nhằm đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng kết hợp phương pháp TACE và RFA.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng:** Nghiên cứu 42 bệnh nhân có chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan dựa trên khám lâm sàng, cận lâm sàng và sinh thiết gan tại trung tâm tiêu hoá gan mật bệnh viện Bạch mai. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư biểu mô tế bào gan khi hình ảnh khối u gan điển hình trên chụp cắt lớp ổ bụng có thuốc cản quang(CT) + nồng độ AFP > 400ng/ml hoặc hình ảnh khối u gan điển hình trên CT ổ bụng có thuốc cản quang + nồng độ AFP < 400ng/ml kết hợp với sinh thiết gan làm mô bệnh học có tổn thương điển hình HCC. Loại trừ bệnh nhân có tiểu cầu thấp < 90.000/mm<sup>3</sup>, Creatinin huyết thanh > 1,5 lần so với mức bình thường, vàng da tắc mật, có kèm các bệnh lý mạn tính như suy tim, phụ nữ có thai, đang cho con bú. Can thiệp TACE được tiến hành tại trung tâm chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch mai. Và phương pháp đốt sóng cao tần (RFA) được tiến hành trên bệnh nhân sau khi nút mạch.

**Phương pháp:** Bệnh nhân ung thư gan được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào tại trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai, và phân chia giai đoạn ung thư biểu mô tế bào gan theo bảng phân loại Barcelona(BCLC), bệnh nhân được lựa chọn nút mạch hóa chất động mạch gan có sử dụng Doxorubicin với liều 50mg/m<sup>2</sup> và Cisplatin 50mg/m<sup>2</sup>. Sau đó bệnh nhân được tiến hành đốt sóng cao tần khối u gan. Sau can thiệp TACE và RFA 1 tháng bệnh nhân được theo dõi đánh giá lại bằng chỉ số lâm sàng, xét nghiệm hóa sinh, và chụp CT có tiêm thuốc cản quang. Nếu còn tăng sinh mạch tiếp tục TACE hoặc RFA.

**Xử lý số liệu :** Sau khi thu thập đầy đủ các số liệu , quá trình xử lý được làm trên máy tính với phần mềm xử lý số liệu SPSS 11.5 version, giá trị P < 0,05 được xác định là mức khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

Triệu chứng	(n=42) n (%) mean ± SD	
Đau bụng	9	21
Chướng bụng	5	12
Mệt mỏi	34	80,9
Chán ăn	23	54,8
Vàng da	3	7,1
Xuất huyết tiêu hóa	1	2,4

**Bảng 2. Yếu tố nguy cơ và đặc điểm khối u**

	(n=42) n (%) mean ± SD	
Viêm gan virus		
(i) HBV	36	85.7
(ii) HCV	1	2.4
Không viêm gan		
(i) Rượu	5	11.9
Số lượng khối		
Một khối	17	40.5
Hai khối	9	21.4
Nhiều khối	16	38.1
Điểm Child-Turcotte-Pugh		
A	29	69.0
B	0	0.0
Không xơ gan	13	31.0
Huyết khối tĩnh mạch cửa	2	4.8
Di căn xa	0	0

Child-Pugh A: 0-6 điểm; Child-Pugh B: 7-9 điểm; Child-Pugh C: 10-15 điểm; HBV: viêm gan virus B; HCV: viêm gan virus C. Huyết khối tĩnh mạch cửa 2 bệnh nhân chiếm 4,8%

**Bảng 3: Các marker ung thư trước khi điều trị**

	(n=42)n (%) mean ± SD
Tuổi (Năm)	63.6 ± 8.9
Hồng cầu*	4.8 (3.3 – 148.0)
Bạch cầu	7.3 ± 2.5
Tiểu cầu	169.8 ± 93.6
PT	87.9 ± 13.7
INR	1.08 ± 0.09
Bilirubin toàn phần*	15.4 (5.5 – 34.4)
Bilirubin trực tiếp*	4.3 (2.5 – 15)
Albumin	40.2 ± 4.8
AST*	46 (26 – 202)
ALT*	37 (13 – 103)
AFP*	8.8 (1.0 – 1717.0)
AFPL3*	3 (0.1 – 82.3)
PIVKAI*	46.0 (9.0 – 35949.0)

Trung bình nồng độ AFP là 8,8 ng/ml, có những bệnh nhân tăng cao nhất là 1717 ng/ml

**Bảng 4: Tỷ lệ sống sau năm năm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

Phương pháp	Thời gian sống sót trung bình (years)	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
TACE + RFA	8.261	0.542	7.199	9.323

Tỷ lệ sống trung bình đạt khá cao ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 8,261 năm.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của tôi đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp điều trị phối hợp TACE và

RFA với điều trị bệnh nhân HCC. Về tỷ lệ sống sót trung bình trong nghiên cứu khi phối hợp điều trị hai phương pháp trong nghiên cứu của chúng tôi đạt tỷ lệ sống trên 8 năm, các nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng các phân tích đa biến thì lựa chọn phương pháp điều trị là yếu tố quan trọng nhất liên quan đến tỷ lệ sống sót của bệnh nhân. TACE là phương pháp điều trị cơ bản ở bệnh nhân HCC giai đoạn trung bình. nghiên cứu đều cho thấy TACE đã chứng tỏ khả năng kéo dài thời gian sống của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan Trong nghiên cứu tác giả Llovet JM[5]. Phối hợp điều trị TACE và RFA tăng hiệu quả điều trị HCC đồng thời làm giảm tỷ lệ tiến triển tại chỗ của khối u, các nghiên cứu trước đây cho thấy phối hợp TACE và tiêm cồn qua da cho thấy giúp bệnh nhân cải thiện kéo dài thời gian sống sót.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ AFP trung bình nhóm nghiên cứu là 8,8 ng/ml, trong nghiên cứu này chúng tôi cũng làm xét nghiệm PIVKA-II, đây là marker kết hợp với AFP, giúp cho tăng độ nhạy và độ đặc hiệu của chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan và giúp theo dõi điều trị.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng RFA phối hợp TACE là phương pháp hiệu quả và an toàn ở những bệnh nhân HCC giai đoạn trung gian. Tuy nhiên cần phải có những nghiên cứu có đối chứng để so sánh với TACE đơn thuần.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., et al.,** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 2021. **71**(3): p. 209-249.
2. **Bosch, F., et al.,** Bosch FX, Ribes J, Diaz M, Cleries R. Primary liver cancer: worldwide incidence and trends. *Gastroenterology* 127(5 Suppl 1):S5-S16. *Gastroenterology*, 2004. **127**: p. S5-S16.
3. **Lencioni, R., et al.,** Treatment of intermediate/advanced hepatocellular carcinoma in the clinic: how can outcomes be improved? *Oncologist*, 2010. **15 Suppl 4**: p. 42-52.
4. **Tanaka, M., et al.,** Radiofrequency ablation combined with transarterial chemoembolization for intermediate hepatocellular carcinoma. *Hepato Res*, 2014. **44**(2): p. 194-200.
5. **Lo, C.M., et al.,** Randomized controlled trial of transarterial lipiodol chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma. *Hepatology*, 2002. **35**(5): p. 1164-71.

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA NHỒI MÁU NÃO KHU VỰC ĐỘNG MẠCH NÃO SAU

Võ Hồng Khôi<sup>1,2,3</sup>, Phạm Duy Tùng<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu mối liên quan giữa lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ não-mạch não của bệnh nhân nhồi máu não khu vực động mạch não sau. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên 68 bệnh nhân nhồi máu não thuộc vùng cấp máu của động mạch não sau điều trị tại Trung tâm Thần Kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu gồm 68 bệnh nhân trong đó có 44 nam, 24 nữ. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64,79 ± 11,29 có yếu tố nguy cơ là tăng huyết áp, uống rượu, đái tháo đường và hút thuốc lá. Triệu chứng lâm sàng gồm: rối loạn cảm giác (45,5%), bán manh

(22%), thất ngôn (23,5%), suy giảm nhận thức (38,2%) và các thiếu hụt thần kinh khác. Có mối liên quan chặt chẽ giữa triệu chứng rối loạn cảm giác nửa người với tổn thương đối thị, triệu chứng bán manh với tổn thương thùy chẩm, triệu chứng giảm sút nhận thức với tổn thương thùy thái dương với p < 0,001. Bệnh nhân có điểm pc-ASPECTS < 8 sẽ có khả năng bị tàn tật nặng gấp 15 lần bệnh nhân có điểm pc-ASPECTS ≥ 8.

**Từ khóa:** Nhồi máu khu vực động mạch não sau, cộng hưởng từ.

### SUMMARY

#### RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL SYMPTOMS AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF POSTERIOR CEREBRAL ARTERY INFARCTION

**Objective:** To analysis the relationship between clinical symptoms and magnetic resonance imaging of posterior cerebral artery infarction. **Subjects and methods:** A prospective, descriptive study of 68 patients with posterior cerebral artery infarction treated at the Department of Neurology, Bach Mai Hospital from March 2017 to March 2018. **Results:** The mean age was 64.79 ± 11.29, the male/female

<sup>1</sup>Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Đại học Y Dược ĐHYQG HN

<sup>4</sup>Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhai@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 01.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 01.3.2022