

KẾT QUẢ 3 NĂM ĐỐT SÓNG CAO TẦN NHƯ PHƯƠNG PHÁP ĐẦU TAY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN GIAI ĐOẠN SỚM

Nguyễn Công Long*, Lưu Thị Minh Diệp*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá kết quả 3 năm bằng phương pháp đốt sóng cao tần áp dụng như phác đồ đầu tay ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn sớm. **Đối tượng và phương pháp:** Từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 8 năm 2021. Bệnh án chi tiết của 32 bệnh nhân được chẩn đoán u gan 1 khối được tiến hành đốt sóng cao tần để điều trị khối u, được đưa vào phân tích. **Kết quả:** Kết quả phân tích dữ liệu nghiên cứu trên 32 bệnh nhân ung thư gan giai đoạn sớm, với tỷ lệ nam : nữ = 21: 1, tuổi trung bình nghiên cứu là 51,2 năm. Thời gian theo dõi ở thời điểm 1 năm và 3 năm. Kích thước trung bình khối u là 2,8 cm. Xơ gan mức độ Child-pugh A và B là 58,5 và 5,9%. Chúng tôi đánh giá sau thời điểm 1 năm và 3 năm điều trị thì tỷ lệ sống là 100% và 90,6%. **Kết luận:** Đánh giá điều trị sau 3 năm đốt sóng cao tần ở khối u gan giai đoạn sớm như là một phác đồ đầu tay đạt được kết quả tốt.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào gan; đốt sóng cao tần

SUMMARY

TREE-YEAR OUTCOMES OF PERCUTANEOUS RADIOFREQUENCY ABLATION AS FIRST-LINE THERAPY OF EARLY HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objectives: This study aimed to assess 3 year outcome of radiofrequency ablation as a first-line therapy of early-stage hepatocellular carcinoma. **Methods:** From August 2018 to August 2021. The medical records of 32 patients who underwent radiofrequency ablation for single HCC. Patients were analyzed. **Results:** In the analysis of the entire cohort of 32 patients with early-stage. (Male: Female = 21:11, mean age, 51.2 years) follow-up period ranged from 1 to 3 years. The medium tumor size was 2.8 cm. Child-pugh class A and B were 58.8 and 5.9%. We assessed the 3 year follow-up results of survival rates. Corresponding overall survival rates after 1 year and 3 years were 100% and 90.6%, respectively. **Conclusion:** Three-year survival outcome after percutaneous radiofrequency ablation as a first-line therapy of hepatocellular carcinoma were favorable overall survival.

Keywords: Hepatocellular carcinoma; RFA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là một

trong sáu loại ung thư gây tử vong trên thế giới. HCC thường là khối u nguyên phát ở gan, và có xu hướng tăng lên trong những thập niên gần đây[1], 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. Vì do tính chất diễn biến phức tạp của bệnh, có nhiều yếu tố cần được xác định để lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu nhất với HCC. Bao gồm mức độ lan tràn khối u, vị trí khối u, chức năng gan, có tổn thương ngoài gan không, toàn trạng người bệnh, các bệnh lý phối hợp. Phẫu thuật, đốt sóng cao tần khối u gan, ghép gan được xem là phương pháp điều trị triệt căn và là lựa chọn đầu tiên trong phương pháp điều trị. Điều trị đốt sóng cao tần HCC được xem là một phương pháp điều trị triệt căn trong nhiều hướng dẫn điều trị HCC, vì kết quả điều trị tốt và là phương pháp ít xâm lấn[2]. Một số nghiên cứu tiến hành so sánh đốt sóng cao tần u gan và phẫu thuật trong điều trị HCC cho thấy kết quả tương tự nhau[3]. Vai trò của phương pháp đốt sóng cao tần có ý nghĩa đặc biệt ở trường hợp u gan có khả năng phẫu thuật nhưng chức năng gan suy giảm không thể thực hiện được[4]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu kết quả đầu đốt sóng khối u gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu 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/mm³, 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.

Chúng tôi lựa chọn bệnh nhân không còn chỉ định phẫu thuật và kích thước khối u dưới 3,5 cm, 1 khối đưa vào nghiên cứu:

Phương pháp: Bệnh nhân ung thư gan được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào tại trung tâm

*Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2022

Ngày duyệt bài: 14.4.2022

tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 8 năm 2021.

Quy trình đốt sóng cao tần khối u gan

• Bệnh nhân được lắp Life Scope theo dõi và được đặt đường truyền TM, tiền mê bằng Midazolam và Fentanyl

Sử dụng 4 bản điện cực Pad-Guard™, mỗi bên đặt 2 miếng và kết nối trở lại với máy cắt đốt. Đặt đầu dò siêu âm tìm vị trí thuận lợi nhất: khối u gan nằm giữa đường dẫn, đường đi của kim không đi qua các mạch máu lớn, túi mật.

Sát trùng vị trí chọc kim, trải khăn có lỗ.

Gây tê tại chỗ chọc kim: da, cơ, màng bụng bằng xylocain.

Chọc kim điện cực qua da vào gan theo đường dẫn của siêu âm tới khối u.

Điều chỉnh công suất cắt đốt POWER bằng tay theo thuật toán điều trị riêng.

Ghi hồ sơ bệnh án: ngày giờ làm thủ thuật, vị trí khối u được đốt sóng, thời gian đốt

sóng, cường độ tối đa, bác sỹ làm thủ thuật

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 (n=32)

Triệu chứng	N= 32 (n%)	
Tuổi	51,2 ± 7,5	
Nam/Nữ	21/11	
Triệu chứng thường gặp		
Đau bụng	8	25%
Chướng bụng	9	28,1%
Mệt mỏi	21	65,6%
Chán ăn	17	53,1%
Vàng da	1	3,1%

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu 51 tuổi. Triệu chứng đến khám của bệnh nhân hay gặp nhất là mệt mỏi chiếm 65,6%.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng nhóm nghiên cứu

Cận lâm sàng	(N=32)
RBC	4,5 ± 1,9 (3,9 - 4,95)
WBC	6,5 ± 2,3 (5,7 - 9,8)
PLT	178,2 ± 99 (145 - 278)
PT	83,5 ± 10,2 (70,4-139,8)
INR	1,15 ± 0,1 (0,95 - 1,2)
Bilirubin tp	15,6 ± 2,3 (13,4 - 38,4)
Albumin	39,3 ± 6,3 (33,5- 47,8)

AST	47,6 ± 5,6 (18 - 217)
ALT	32,3 ± 4,7 (19 - 245)
AFP	67,5 ± 5,9 (5,6 - 568)

Nồng độ AFP trung bình trong nhóm nghiên cứu là 67,5 ng/ml.

Bảng 3: Các yếu tố nguy cơ nhóm nghiên cứu

	(N=32) (n%)	
HBV	22	68,8
HCV	1	3,1
HBV + rượu	3	9,4
Rượu	4	12,5
Không rõ nguyên nhân	2	6,3

Chúng tôi gặp nguyên nhân chủ yếu gây ung thư gan là viêm gan virus B chiếm 68,8%, nguyên nhân do viêm gan virus B và rượu là 9,4%.

Bảng 4: Chức năng gan và kích thước khối u

	(N=32) (n%)	
Điểm Child-Turcotte-Pugh		
A	20	58,8
B	2	5,9
Không xơ gan	10	35,3
Kích thước trung bình khối u	2,8 ± 0,7 (2,2 - 3,3)	

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

	Trước điều trị	Sau 1 năm	Sau 3 năm
Tỷ lệ sống, n(%)	32(100%)	32(100%)	29(90,6%)
AFP (trung bình)	67,5 ± 5,9	10,5 ± 2,1	9,7 ± 1,2

Thời gian sống sót trung bình sau 3 năm đạt 90,6%.

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù có nhiều nghiên cứu khác nhau, nhưng nói chung các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ sống sót sau 5 năm của RFA với ung thư gan tương đối cao so với phẫu thuật trong những trường hợp khối u còn nhỏ[5]. Trong nghiên cứu 32 bệnh nhân của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nguyên nhân gặp chủ yếu là do viêm gan virus B, bên cạnh đó là nguyên nhân do rượu, các bệnh nhân khi được phát hiện mức độ xơ gan theo phân loại Child-pugh 58,8% xơ gan giai đoạn Child-pugh A, bệnh nhân được lựa chọn phương pháp đốt sóng cao tần để điều trị khối u, theo nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ làm giảm nồng độ AFP ở thời điểm 1 năm, 3 năm theo dõi so với thời điểm trước điều trị có ý nghĩa thống kê, và tỷ lệ sống sót sau 3 năm là 90,6% đạt tỷ lệ tương đối cao. So sánh với kết quả phẫu thuật gan để điều trị các khối u gan được theo dõi bởi các tác giả thì tỷ lệ sống sót sau 5 năm là 61,5%[6].

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy với đáp ứng hoàn toàn ngay ban đầu điều trị là yếu tố tiên lượng tốt của bệnh nhân, nên với các khối u nhỏ dưới 3 cm là lựa chọn tốt để tránh các tổn thương còn sót ở rìa khối u, tránh tái phát khối u sau điều trị, với các khối u nhỏ thì diện đốt đảm bảo hoàn toàn được khối u.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng với can thiệp bằng phương pháp điều trị đốt sóng cao tần với khối u gan nhỏ có kết quả và tiên lượng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Parkin, D.M., et al., Global cancer statistics,

2002. CA Cancer J Clin, 2005. **55**(2): p. 74-108.
2. **EASL Clinical Practice Guidelines:** Management of hepatocellular carcinoma. J Hepatol, 2018. **69**(1): p. 182-236.
3. **Shiina, S., et al.,** Radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma: 10-year outcome and prognostic factors. Am J Gastroenterol, 2012. **107**(4): p. 569-77; quiz 578.
4. **Lencioni, R. and L. Crocetti,** Local-regional treatment of hepatocellular carcinoma. Radiology, 2012. **262**(1): p. 43-58.
5. **Ferlay, J., et al.,** Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer, 2010. **127**(12): p. 2893-917.
6. **Chen, M.S., et al.,** A prospective randomized trial comparing percutaneous local ablative therapy and partial hepatectomy for small hepatocellular carcinoma. Ann Surg, 2006. **243**(3): p. 321-8.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ SỬ DỤNG HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU TỰ THÂN Ở CÁC BỆNH NHÂN CÓ TIÊN LƯỢNG KHÓ TRONG THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Đỗ Thùy Hương*, Trịnh Thị Ngọc Yến*, Lê Ngọc Dung*,
Nguyễn Thị Minh Khai*, Nguyễn Phúc Hoàn*, Nguyễn Thanh Hoa*,
Dương Tiến Tùng*, Đặng Thị Mai Lương*, Nguyễn Mạnh Hà*

TÓM TẮT

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng nhằm đánh giá hiệu quả phối hợp điều trị của liệu pháp bơm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân (PRP) vào buồng tử cung trên bệnh nhân có niêm mạc tử cung (NMTC) mỏng và bệnh nhân thất bại làm tổ liên tiếp (TBLTLT) trong thụ tinh trong ống nghiệm. **Kết quả:** ở nhóm NMTC mỏng, độ dày NMTC sau bơm PRP tăng rõ rệt so với trước bơm (5,8 ± 1.01 mm so với 6,73 ± 0,72 mm, p=0,002). Tỷ lệ có thai, tỷ lệ thai lâm sàng, thai diễn tiến ở nhóm NMTC mỏng có điều trị liệu pháp bơm PRP tự thân tương ứng là 54,5%; 54,5% và 45,5%. Tỷ lệ có thai, tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ thai diễn tiến ở nhóm TBLTLT có điều trị liệu pháp PRP tự thân tương ứng là 23,08%; 23,08% và 7,7%. **Kết luận:** Liệu pháp bơm PRP tự thân vào buồng tử cung giúp cải thiện rõ rệt độ dày NMTC, cải thiện tỷ lệ có thai ở một số BN có NMTC mỏng. Chưa thấy có sự cải thiện về tỷ lệ có thai ở nhóm TBLTLT được sử dụng liệu pháp bơm PRP.

Từ khóa: Huyết tương giàu tiểu cầu, niêm mạc tử cung mỏng, thất bại làm tổ liên tiếp, thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

THE USE OF AUTOLOGOUS PLATELET-RICH

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thùy Hương

Email: dothuyhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2022

Ngày duyệt bài: 14.4.2022

PLASMA IN WOMEN UNDERGOING IN VITRO FERTILIZATION WITH A THIN ENDOMETRIUM OR REPEATED IMPLANTATION FAILURE

A clinical trial study to evaluate the effectiveness of autologous platelet-rich therapy intrauterine infusion in patients with thin endometrium (TE) and patients with repeated implantation failure (RIF) in IVF. **Results:** in TE group, the thickness of the endometrium after PRP infusion increased significantly compared to before (5,8 ± 1.01 mm vs. 6,73 ± 0,72 mm, p=0,002). The pregnancy rate (PR), clinical pregnancy rate (CPR) and ongoing pregnancy rate (OPR) in TE group were 54,5%; 54,5% and 45,5%, respectively. In RIF group, the PR, CPR, OPR were 23,08%; 23,08% and 7,7%; respectively. **Conclusions:** Intrauterine autologous PRP infusion improved significantly the endometrial thickness and successful rate in IVF in some patients with thin endometrium. No improvement in pregnancy rate was observed in RIF group used PRP therapy.

Keywords: Platelet-Rich Plasma (PRP), thin endometrium, Repeated Implantation Failure (RIF), In Vitro Fertilization (IVF)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thất bại làm tổ liên tiếp (TBLTLT) và niêm mạc tử cung (NMTC) mỏng là hai thách thức khó khăn nhất thường gặp trong thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON).

Thuật ngữ “Thất bại làm tổ liên tiếp” (Recurrent implantation failure- RIF) chỉ được áp dụng cho các bệnh nhân đã được can thiệp làm