

- Hepatobiliary Surg Nutr. 2020;9(5):564.
4. **Le Roy B, Gallon A, Cauchy F, et al.** Combined biembolization induces higher hypertrophy than portal vein embolization before major liver resection. HPB. 2020;22(2):298-305.
  5. **Laurent C, Fernandez B, Marichez A, et al.** Radiological simultaneous portohepatic vein embolization (RASPE) before major hepatectomy: a better way to optimize liver hypertrophy compared to portal vein embolization. Ann Surg. 2020; 272(2):199-205.
  6. **Kobayashi K, Yamaguchi T, Denys A, et al.** Liver venous deprivation compared to portal vein embolization to induce hypertrophy of the future liver remnant before major hepatectomy: A single center experience. Surgery. 2020;167(6):917-923.
  7. **Della Corte A, Santangelo D, Augello L, et al.** Single-Center Retrospective Study Comparing Double Vein Embolization via a Trans-Jugular Approach with Liver Venous Deprivation via a Trans-Hepatic Approach. Cardiovasc Intervent Radiol. Published online September 13, 2023. doi:10.1007/s00270-023-03538-3
  8. **Camelo R, Luz JH, Gomes FV, Coimbra E, Costa NV, Bilhim T.** Portal vein embolization with pva and coils before major hepatectomy: single-center retrospective analysis in sixty-four patients. J Oncol. 2019;2019:4634309.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ THANG ĐIỂM ALBUMIN – BILIRUBIN TRONG TIỀN LƯỢNG TÁI PHÁT SỚM SAU PHẪU THUẬT CẮT GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Vũ Văn Quang<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Ngọc Anh<sup>1</sup>

### EARLY RECURRENCE AFTER HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA

**Objective:** Evaluate the effectiveness of the Albumin-Bilirubin score (ALBI) in predicting early recurrence after hepatectomy for hepatocellular carcinoma at Central Military Hospital 108. **Materials and methods:** Retrospective study of patients with hepatocellular carcinoma underwent Takasaki's Glissonian pedicle transection in open hepatectomy from January 2016 to December 2022 at Central Military Hospital 108. **Results:** 231 patients underwent Takasaki's Glissonian pedicle transection in open to treat squamous cell carcinoma, the mean was 55.13 years old, the male ratio was 87.0%. The mean size of liver tumors is 61.36mm. The average ALBI score was  $2.66 \pm 0.4$ ; ALBI grade 1 accounts for the majority of 61.0%. Postoperative complication rate was 18.2%, the overall recurrence rate was 43.7%, and early recurrence rate was 15.6%. The overall survival rate after 5 years is 66.8%, the overall survival time after surgery is estimated at  $74.6 \pm 2.2$  months. Through univariate regression analysis, the ALBI score was related to the rate of early relapse in the study with  $p < 0.05$ . An increase of 1 unit in the ALBI score increased the risk of early relapse 2,558 times. **Conclusion:** The ALBI score is a good prognostic factor used to assess the risk of early recurrence before hepatectomy for hepatocellular carcinoma. **Keywords:** Albumin-Bilirubin scale, hepatocellular carcinoma, early recurrence.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của GLOBOCAN 2020, ung thư biểu mô tế bào gan (UBTG) là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến trên thế giới, với số lượng mắc mới khoảng 906,000 và tử vong 830,000. Đây cũng là bệnh lý khá phổ biến ở Việt Nam, UBTG được ghi nhận phát triển trên nền gan xơ do viêm gan virus B, C, do rượu...

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của thang điểm Albumin – Bilirubin (the Albumin-Bilirubin score – ALBI) trong tiên lượng tái phát sớm sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu các trường hợp mổ mở cắt gan kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư biểu mô tế bào gan từ tháng 01/2016 tới tháng 12/2022 tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** 231 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan có kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư biểu mô tế bào, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55,13 tuổi, tỷ lệ nam giới 87,0%. Kích thước trung bình khối u gan là 61,36mm. Điểm ALBI trung bình là  $2,66 \pm 0,4$ ; ALBI độ 1 chiếm đa số 61,0%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ 18,2%, tỷ lệ tái phát chung sau. Mổ là 43,7%, tỷ lệ tái phát sớm 15,6%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm là 66,8%, thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ ước tính  $74,6 \pm 2,2$  tháng. Qua phân tích hồi quy đơn biến thang điểm ALBI có liên quan tới tỷ lệ tái phát sớm trong nghiên cứu với  $p < 0,05$ , thang điểm ALBI tăng 1 đơn vị thì nguy cơ tái phát sớm tăng 2,558 lần. **Kết luận:** Thang điểm ALBI là một yếu tố tiên lượng tốt dùng để đánh giá nguy cơ tái phát sớm trước phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. **Từ khóa:** Thang điểm Albumin-Bilirubin, ung thư biểu mô tế bào gan, tái phát sớm.

### SUMMARY

#### EFFECTIVENESS OF THE ALBUMIN-BILIRUBIN SCORE (ALBI) IN PREDICTING

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108  
 Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Quang  
 Email: quangptth108@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 21.11.2023  
 Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023  
 Ngày duyệt bài: 23.01.2024

Hiện nay ở Việt Nam, bệnh lý này đứng hàng thứ nhất về số ca mắc và tử vong hàng năm.

Hiện nay theo các khuyến cáo, phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị ung thư biểu mô tế bào gan được ưu tiên và triệt để nhất. Phương pháp cắt gan có kiểm soát cuống Glisson của tác giả Takasaki tỏ rõ nhiều ưu điểm, được ứng dụng rộng rãi trong mổ mở cũng như phẫu thuật nội soi. Ngày nay với sự nâng cao về kỹ thuật mổ, cũng như phát triển của các trang thiết bị hỗ trợ đã giúp tỷ lệ biến chứng đã giảm đáng kể. Tỷ lệ tái phát chung sau mổ cắt gan điều trị UTBG được ghi nhận là 50-60% [1]. Tỷ lệ tái phát sớm trong 1 năm đầu sau mổ được ghi nhận là 38%. Các nguyên nhân được cho là yếu tố nguy cơ gây tái phát sớm đã được công bố bao gồm: kích thước và số lượng khối u gan, xâm lấn vi mạch, khối u biệt hóa mức độ kém, nồng độ AFP và PIVKA-II cao [1]. Việc tái khám định kỳ đóng vai trò quan trọng trong phát hiện khối u tái phát sớm, kết hợp điều trị nút mạch khối u (TACE), đốt sóng nhiệt cao tần (RFA) hoặc phẫu thuật cắt khối u tái phát giúp kéo dài thời gian sống cho người bệnh (NB).

Thang điểm Albumin-Bilirubin (ALBI) đã được đề cập và đóng vai trò như một yếu tố dự báo suy gan sau mổ và đánh giá kết quả lâu dài sau mổ [2]. Theo nghiên cứu của Harimoto và cộng sự, thang điểm ALBI có sự liên quan đáng kể về thời gian sống không bệnh sau mổ cắt gan do UTBG [3]. Hiện nay trên Thế giới tại các trung tâm phẫu thuật gan mật lớn đã có những nghiên cứu về hiệu quả của thang điểm ALBI với việc tiên lượng tái phát sớm sau phẫu thuật cắt gan. Tuy nhiên các nghiên cứu này chưa có được kết luận cụ thể về hiệu quả của thang điểm ALBI trong tiên lượng tái phát UTBG.

Tại Việt Nam, theo thống kê tới nay của chúng tôi, chưa có nghiên cứu cụ thể nào với cỡ mẫu lớn và đủ lâu dài về đánh giá thang điểm ALBI. Tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108, phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan đã được thực hiện từ năm 2007 có đem lại kết quả lâu dài rất tốt. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá hiệu quả của thang điểm Albumin – Bilirubin trong tiên lượng tái phát sớm sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các trường hợp mổ mở cắt gan kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư biểu mô tế

bào gan từ tháng 01/2016 tới tháng 12/2022 tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thời gian theo dõi tới tháng 12/2023.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu. Phương pháp lấy mẫu: Thuận tiện.

- Chỉ định mổ mở cắt gan kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư biểu mô tế bào gan:

+ U gan đơn độc hoặc nhiều khối u nhưng khu trú gan phải hoặc gan trái không hạn chế kích thước.

+ Khối u chưa xâm lấn mạch máu lớn.

+ Chưa có di căn xa.

+ Nhu mô gan còn lại lành hoặc xơ nhẹ.

+ Phân chia giai đoạn bệnh theo TNM: giai đoạn I, II, IIIA.

- Chống chỉ định:

+ Có di căn ngoài gan.

+ U ở hai thùy trở lên.

+ Khối u xâm lấn tĩnh mạch cửa.

+ Huyết khối thân tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch gan hoặc tĩnh mạch chủ bụng.

+ U ở rốn gan.

### 2.3. Quy trình phẫu thuật

Chuẩn bị bệnh nhân: Hoàn thiện hồ sơ, xét nghiệm máu, cận lâm sàng chẩn đoán trước mổ và đánh giá toàn trạng của bệnh nhân. Chuẩn bị phương tiện và dụng cụ phẫu thuật.

Gây mê: Gây mê toàn thân, đặt đường truyền tĩnh mạch trung tâm, sonde tiểu.

Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân khép, 2 tay dạng vuông góc, phẫu thuật viên đứng bên phải, người phụ mổ 1 đứng bên trái, người phụ mổ 2 đứng cùng bên phẫu thuật viên.

Các thì phẫu thuật:

\* Bước 1: Đường mở bụng:

- Mở bụng theo đường chữ J, đường chữ T (cho các trường hợp u kích thước lớn) và đường thẳng giữa trên rốn (cho các khối u gan trái).

\* Bước 2: Kiểm tra ổ bụng

- Kiểm tra đánh giá ổ bụng, hạch cuống gan, gan, tổn thương đại thể khối u (kích thước, vị trí, số lượng). Mở mạc nối nhỏ để kiểm tra thùy đuôi và quan sát nhóm hạch tạng. Đưa các ngón tay qua khe Winslow để khảo sát tĩnh mạch cửa và nhóm hạch cuống gan, các hạch nghi ngờ sẽ được lấy và gửi làm sinh thiết tức thì.

\* Bước 3: Giải phóng gan

- Cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác, dây chằng vành, dây chằng gan tá tràng. Giải phóng gan ra khỏi mặt trước tĩnh mạch chủ dưới, thắt các nhánh tĩnh mạch gan phụ. Trong trường hợp khối u dính vào cơ

hoàn, có thể cắt một phần cơ hoành sau đó tái tạo lại cơ hoành.

\* Bước 4: Kiểm soát cuống Glisson

- Cắt túi mật

- Phẫu tích vào rốn gan kiểm soát cuống Glisson: cuống Glisson phải, cuống Glisson trái, cuống Glisson phân thùy trước, cuống Glisson phân thùy sau và các cuống Glisson hạ phân thùy.

- Đặt garo chờ ở cuống gan

\* Bước 5: Cắt gan

- Cặp cuống Glisson: thấy rõ đường gianh giới giữa vùng gan thiếu máu nuôi dưỡng (xâm màu) và gan bình thường. Đánh dấu điện cắt gan.

- Cắt cuống Glisson trước hoặc sau khi cắt nhu mô gan đối với các trường hợp cắt gan hạ phân thùy.

- Cắt nhu mô gan: bằng Kelly, dao siêu âm, Ligasure hoặc CUSA. Trong quá trình cắt nhu mô gan có thể cặp cuống gan toàn bộ ngắt quãng, thời gian cặp mỗi lần không quá 15 phút, giữa các lần cặp nghỉ 5 phút.

- Sau khi nhu mô gan được cắt và cuống Glisson được bộc lộ rõ; cặp, và cắt cuống Glisson (có thể dùng Stapler). Tĩnh mạch gan, các nhánh bên lớn của tĩnh mạch gan được khâu (có thể dùng Stpaler).

- Cầm máu điện cắt gan: khâu cầm máu bằng chỉ Prolen hoặc đốt điện bằng dao đơn cực, dao lưỡng cực (dao Bipolar).

- Kiểm soát rò mật: bơm chất chỉ thị màu qua ống cổ túi mật hoặc đặt gạc trắng lên điện cắt, nếu phát hiện rò mật khâu bằng chỉ Prolen.

- Che phủ điện cắt bằng surgicel.

\* Bước 6: Lau rửa ổ bụng, dẫn lưu tại điện cắt, đóng bụng theo lớp giải phẫu.

**2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu.** Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, u gan (kích thước, vị trí, số lượng), xét nghiệm máu trước mổ, chẩn đoán hình ảnh. Trong mổ: loại phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, số lượng máu mất, số lượng máu phải truyền.

Kết quả gần: tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật, mức độ biến chứng được phân loại theo Clavien-Dindo. Thời gian nằm viện. Kết quả xa: thời gian theo dõi, tỷ lệ tái phát, tỷ lệ tử vong, thời gian tái phát.

Tái phát sớm sau mổ được định nghĩa là những trường hợp tái phát sau mổ trong vòng 12 tháng, ngoài 12 tháng được tính là tái phát muộn [4].

Điểm ALBI được tính bằng công thức [4]:

$0,66 \times \log_{10}(\text{bilirubin toàn phần } [\mu\text{mol/l}]) - 0,085 \times (\text{albumin}[\text{g/l}])$

Điểm ALBI được chia thành 3 cấp độ:

Độ 1: < -2,59

Độ 2: từ -2,59 đến -1,39

Độ 3: > -1,39

**2.5. Xử lý số liệu.** Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các test thống kê để kiểm định, so sánh.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2016 tới tháng 12/2022 tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã thực hiện được 231 ca mổ mở cắt gan có kiểm soát cuống Glisson điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, thời gian theo dõi tới tháng 12/2023.

#### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân**

Đặc điểm	Giá trị
<b>Tuổi trung bình (tuổi)</b>	55,13 ± 11,94 (18 – 82)
<b>Giới, n (%):</b> Nam	201 (87,01%)
Nữ	30 (12,99%)
<b>Yếu tố nguy cơ, n (%):</b>	
Viêm gan B	181 (78,4%)
Viêm gan C	9 (3,9%)
Lạm dụng cồn	13 (5,6%)
<b>Đau bụng, n (%)</b>	141 (61,0%)

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55,13 tuổi, tỷ lệ nam giới 87,0%, tỷ lệ viêm gan B chiếm đa số 78,4%, tỷ lệ bệnh nhân đau bụng phải đi khám là 61,0%.

**Bảng 3.2. Kết quả cận lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm	Giá trị
<b>Kích thước trung bình khối u (mm)</b>	61,36±28,7 (20–200)
<b>Số lượng u, n (%):</b>	
Đơn độc	201 (87,0%)
Đa u	30 (13,0%)
<b>Vị trí khối u, n (%):</b>	
Thùy gan trái	20 (8,7%)
Hạ phân thùy 4	8 (3,5%)
Gan trái	30 (13,0%)
Phân thùy trước	32 (13,9%)
Phân thùy sau	57 (24,6%)
Hạ phân thùy 5-6	13 (5,6%)
Gan phải	44 (19,0%)
Hạ phân thùy 4-5-8	20 (8,7%)
Khác	7 (3,0%)
<b>Tiểu cầu (G/l)</b>	202,20±69,0 (82–483)
<b>GOT (U/l)</b>	56,1±51,9 (15–454)
<b>GPT(U/l)</b>	68,3±91,8 (11–758)
<b>Bilirubin toàn phần (μmol/l)</b>	13,8±4,8 (3,29–31,30)

<b>Albumin (g/l)</b>	39,9±4,6 (27,80–49,60)
<b>AFP (ng/ml)</b>	1332,6 (1,1–138.752,6)

**Nhận xét:** Kích thước trung bình khối u gan là 61,36mm, có 87,0% trường hợp là 1 khối u gan, Bilirubin toàn phần trung bình là 13,8 μmol/l, Albumin trung bình là 39,9g/l.

**Bảng 3.3. Kết quả điểm ALBI**

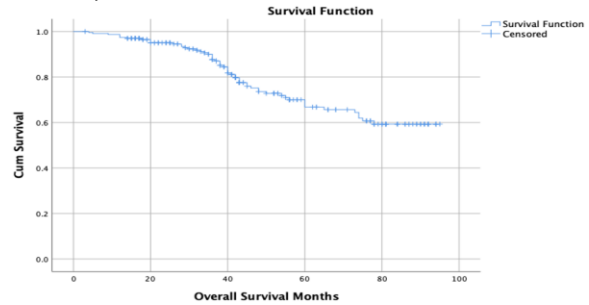
Điểm ALBI	Số BN (n=231)	Tỷ lệ (%)
Độ 1 (< -2,59)	141	61,0
Độ 2 (từ -2,59 tới -1,39)	90	39,0
Độ 3 (> -1,39)	0	0
<b>Trung bình</b>	-2,66 ± 0,4 (Min: -3,44; Max: -1,56)	

**Nhận xét:** Điểm ALBI trung bình là 2,66 ± 0,4; ALBI độ 1 chiếm đa số 61,0%.

**Bảng 3.4. Kết quả sau mổ**

Kết quả	Số BN (n=231)	Tỷ lệ (%)
<b>Loại cắt gan:</b> Cắt gan lớn	104	45,0
Cắt gan nhỏ	127	55,0
<b>Bệnh nhân truyền máu trong mổ</b>	17	7,4
Biến chứng sau mổ	42	18,2
Thời gian phẫu thuật (phút)	154,7 ± 54,4	
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	10,1 ± 4,5	
Tái phát chung sau mổ	101	43,7
Tái phát sớm sau mổ	36	15,6

**Nhận xét:** Cắt gan nhỏ chiếm đa số (55,0%), tỷ lệ biến chứng sau mổ 18,2%, tỷ lệ tái phát chung sau mổ là 43,7%, tỷ lệ tái phát sớm 15,6%.



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ**

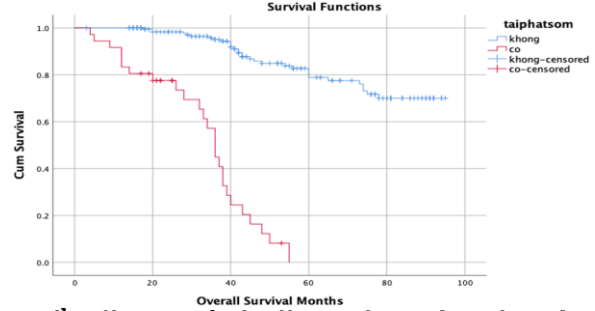
**Nhận xét:** Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm là 66,8%, thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ ước tính 74,6 ± 2,2 tháng (95% CI 70,3 – 79,0) tính theo Kaplan-Meier.

**Bảng 3.5. Phân tích hồi quy đơn biến yếu tố nguy cơ tới tái phát sớm**

	Phân tích hồi quy đơn biến		
	OR	95% CI	p
Điểm ALBI	2,558	1,079-6,063	0,03

**Nhận xét:** Qua phân tích hồi quy đơn biến thang điểm ALBI có liên quan tới tỷ lệ tái phát sớm trong nghiên cứu (tỷ lệ tái phát sớm 15,6%)

với p<0,05, thang điểm ALBI tăng 1 đơn vị thì nguy cơ tái phát sớm tăng 2,558 lần.



**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ nhóm tái phát sớm**

**Nhận xét:** Đường cong Kaplan-Meier cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ của nhóm tái phát sớm thấp hơn đáng kể so với bệnh nhân không bị tái phát sớm (Log-rank p<0,05).

**IV. BÀN LUẬN**

Khái niệm cắt gan theo giải phẫu được xác định: ngoài cắt bỏ khối u phải cắt tĩnh mạch cửa liên quan đến u và vùng gan tương ứng. Như vậy, cắt gan theo giải phẫu có thể hạn chế di căn và tái phát trong gan do sự xâm nhập của các tế bào khối u dọc theo tĩnh mạch cửa và các nhánh của chúng. Đã có nhiều kỹ thuật được đưa ra để thực hiện cắt gan theo giải phẫu, trong đó có kỹ thuật kiểm soát cứng Glisson. Hiện nay có nhiều cách để tiên lượng tái phát sớm sau mổ như dựa vào AFP, kết quả giải phẫu bệnh, kích thước khối u.

Nồng độ albumin huyết thanh thường được sử dụng như một dấu hiệu thay thế khách quan và có thể đo lường được để phản ánh chức năng tổng hợp của gan và tình trạng dinh dưỡng của cơ thể. Riêng albumin huyết thanh hoặc các hệ thống phân giai đoạn chức năng gan thường được sử dụng có chứa albumin, chẳng hạn như thang điểm Child-Pugh và thang điểm Albumin-bilirubin (ALBI), đã được thử nghiệm nhiều lần và báo cáo là có liên quan đến tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật và/hoặc bệnh tật sau phẫu thuật cắt bỏ gan.

Theo kết quả bảng 3.1, tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là 55,13 ± 11,94, thấp nhất là 18, cao nhất là 82 tuổi. Kết quả tương tự của các tác giả: Lee YH là 59,2 tuổi [4], Harimoto N: 68 tuổi, thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 88 tuổi [3]. Nam giới chiếm đa số 87,0%, tỉ lệ nam: nữ là 6,69/1. Schwartz và cộng sự (2018) nhận xét: nam giới có nguy cơ mắc bệnh UTBMTBG cao hơn phụ nữ. Sự khác biệt này càng thấy rõ rệt ở các khu vực có tỷ lệ mắc bệnh cao, tỉ lệ mắc ung

thư biểu mô tế bào gan ở nam giới cao hơn: 2,1 đến 5,7 lần so với phụ nữ (trung bình 3,7 : 1). Tại những khu vực mắc bệnh trung bình và thấp (Châu Âu, Mỹ...), tỷ lệ mắc bệnh trung bình của nam/nữ chỉ là 2,4 : 1 [5].

Hầu hết các nghiên cứu đã khẳng định nhiễm virus viêm gan mạn tính là một trong những yếu tố nguy cơ chính của ung thư biểu mô tế bào gan. Thống kê của các tác giả cho thấy: khoảng 70 - 90% trường hợp UTBMTBG liên quan đến virus viêm gan B, 10 - 25% liên quan tới nhiễm virus viêm gan C. Kết quả nghiên cứu cho thấy khi khai thác tiền sử bệnh nhân có 78,4% bệnh nhân bị viêm gan B, 3,9% viêm gan C. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân lạm dụng đồ uống có cồn gặp 5,8% bệnh nhân thấp hơn kết quả của Nguyễn Cường Thịnh gặp: 9,4% [6]. Nghiện rượu được coi là là một trong những yếu tố nguy cơ chính của xơ gan, từ đó làm tăng khả năng mắc ung thư biểu mô tế bào gan, đặc biệt ở những người uống với số lượng lớn 50 - 70g cồn hoặc hơn/ngày. Nguy cơ mắc ung thư biểu mô tế bào gan sẽ tăng gấp đôi ở những người thường xuyên uống rượu, tăng gấp 5 - 7 lần ở những người uống nhiều hơn 80g cồn/ngày trên 10 năm, tăng gấp 8 lần ở những người nghiện rượu là nam giới.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có nồng độ AFP huyết thanh trung bình: 1332,6 ng/ml (1,1 - 138752,6). Nhóm bệnh nhân có AFP < 20 ng/ml chiếm tỷ lệ cao nhất: 46,8%, 20 - 400 ng/ml: 24,6%, > 400 ng/ml: 26,8%. Thống kê của Chinburen (2015) cho thấy: AFP trung bình là 1493,8 ± 6667,5 ng/ml, cao hơn hẳn kết quả nghiên cứu thu được [7]. Kích thước trung bình khối u trong nghiên cứu là 61,36 ± 28,7 mm. Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ nhiễm virus viêm gan B cao, nhưng việc khám sàng lọc ung thư biểu mô tế bào gan chưa được quan tâm, nhiều bệnh nhân đến viện và phát hiện khi bệnh ở giai đoạn muộn, khối u thường đã có kích thước lớn, thậm chí không còn chỉ định cắt gan.

Kết quả Albumin trong nghiên cứu là 39,9 ± 4,6 (g/L) và Bilirubin là 13,8 ± 4,8 (μmol/l).

Qua đó tính được điểm ALBI trung bình là - 2,66 ± 0,4 (Min: -3,44; Max: -1,56). ALBI độ 1 chiếm đa số 61,0%, độ 2 là 39,0%, không có trường hợp nào ở độ 3. Tỷ lệ tái phát chung trong nghiên cứu là 43,7%, trong đó tỷ lệ tái phát sớm trong 1 năm sau khi mổ là 15,6%. Điểm ALBI đã được xác định là một trong những chỉ số tốt nhất về chức năng gan. Hầu hết các nghiên cứu đã chỉ ra rằng điểm ALBI có thể là một yếu tố dự đoán chức năng gan tốt hơn so

với điểm Child-Pugh, điểm MELD và ICGR15, do đó hữu ích hơn khi là một yếu tố dự báo suy gan sau phẫu thuật. Hơn nữa, một số nghiên cứu đã phát hiện ra rằng ALBI có liên quan đến các yếu tố tiên lượng về tỷ lệ sống không bệnh và tỷ lệ sống chung. Kanda và cộng sự báo cáo rằng bệnh nhân ALBI độ 2 có nhiều khả năng sống sau khi phẫu thuật và không bệnh ngắn hơn so với bệnh nhân ALBI độ 1. Ngoài ra, phân tích đa biến đã xác định ALBI độ 2 là yếu tố tiên lượng độc lập cho khả năng sống sót không bệnh [8].

Trong nghiên cứu này, thời gian theo dõi từ 14 - 95 tháng, tính theo Kaplan-Meier có được kết quả tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm là 66,8%, thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ ước tính 74,6 ± 2,2 tháng (95% CI 70,3-79,0). Đường cong Kaplan-Meier (biểu đồ 3.2) cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ của nhóm tái phát sớm thấp hơn đáng kể so với bệnh nhân không bị tái phát sớm (Log-rank p<0,05). Qua phân tích hồi quy đơn biến thang điểm ALBI có liên quan tới tỷ lệ tái phát sớm trong nghiên cứu (tỷ lệ tái phát sớm 15,6%) với p<0,05, qua đó hiểu rằng điểm ALBI tăng 1 đơn vị thì nguy cơ tái phát sớm tăng 2,558 lần trong nghiên cứu này. Kết quả này phù hợp với kết quả của Lee YH và cộng sự [4].

Chức năng liên kết albumin phản ánh khả năng tổng hợp của gan. Mặt khác, tiên lượng sau phẫu thuật có liên quan đến lâm sàng chủ yếu bị ảnh hưởng bởi điều trị hậu phẫu không đồng nhất và chức năng gan tổng thể, do đó phân tích tương quan giữa chúng không được thực hiện giữa nồng độ Albumin trước và sau mổ. Tương tự như vậy với Bilirubin toàn phần.

Theo những kết quả này, suy giảm chức năng gan chủ yếu liên quan đến tái phát sớm khi chức năng gan không thuận lợi. Lise và cộng sự báo cáo rằng thang điểm Child-Pugh là yếu tố tiên lượng độc lập cho tỷ lệ sống không bệnh và tỷ lệ sống chung trong phân tích đa biến, trong khi suy giảm chức năng gan có thể liên quan đến tái phát UBTG [9]. Hirokawa và cộng sự báo cáo rằng tái phát sớm sau phẫu thuật cắt gan điều trị UBTG có liên quan đến ICGR15 >16%, và mô hình tái phát cũng như các yếu tố nguy cơ thay đổi tùy theo tình trạng chức năng gan [10]. Những kết quả này cho thấy chức năng gan có thể liên quan đến tái phát sớm.

## V. KẾT LUẬN

Thang điểm ALBI là yếu tố nguy cơ dùng để tiên lượng trước phẫu thuật đối với tái phát sớm và hữu ích trong việc xác định cách xử lý phù hợp theo chức năng gan khi tái phát.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Korean Liver Cancer Association, National Cancer Center Korea** (2022). "2022 KLCA-NCC Korea practice guidelines for the management of hepatocellular carcinoma", Clin Mol Hepatol, 28(4): 583-705.
- Tung-Ping Poon R, Fan ST, Wong J** (2000). "Risk factors, prevention, and management of postoperative recurrence after resection of hepatocellular carcinoma", Ann Surg, 232: 10-24.
- Harimoto N, Yoshizumi T, Sakata K, et al** (2017). "Prognostic significance of combined albumin-bilirubin and tumor-node-metastasis staging system in patients who underwent hepatic resection for hepatocellular carcinoma", Hepatol Res, 47: 1289-1298.
- Lee YH, Koh YS, Hur YH, Cho CK, et al** (2018). "Effectiveness of the albumin-bilirubin score as a prognostic factor for early recurrence after curative hepatic resection for hepatocellular carcinoma", Ann Hepatobiliary Pancreat Surg, 22(4): 335-343.
- Schwartz JM, Carithers RL**. Epidemiology and etiologic associations of hepatocellular carcinoma. 2018; Available from: www.uptodate.com.
- Nguyễn Cường Thịnh** (2014), Ung thư biểu mô tế bào gan: kỹ thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat Jacob, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
- Chinburen J, Gillet M, Yamamoto M, et al** (2015). "Impact of Glissonean Pedicle Approach for Centrally Located Hepatocellular Carcinoma in Mongolia", Int Surg, 100(2): 268-274.
- Kanda M, Tanaka C, Kobayashi D, Uda H, et al** (2018). "Preoperative albumin-bilirubin grade predicts recurrences after radical gastrectomy in patients with pT2-4 gastric cancer", World J Surg, 42: 773-781.
- Lise M, Bacchetti S, Da Pian P, Nitti D, et al** (1998). "Prognostic factors affecting long term outcome after liver resection for hepatocellular carcinoma: results in a series of 100 Italian patients", Cancer, 82: 1028-1036.
- Hirokawa F, Hayashi M, Asakuma M, Shimizu T, et al** (2016). "Risk factors and patterns of early recurrence after curative hepatectomy for hepatocellular carcinoma", Surg Oncol, 25: 24-29.

## ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP GIẢM ĐAU GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ RĂNG TRƯỚC DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM BẰNG LEVOBUPIVACAINE 0,25% PHỐI HỢP 4MG DEXAMETHASONE SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ

Lương Thị Ngọc Vân<sup>1</sup>, Vũ Thanh Mai<sup>2</sup>, Nguyễn Đức Lam<sup>1,3</sup>,  
Trần Đức Thọ<sup>4</sup>, Đặng Xuân Huỳnh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh tác dụng không mong muốn của phương pháp giảm đau gây tê mặt phẳng cơ răng trước dưới hướng dẫn siêu âm bằng levobupivacain 0,25% đơn thuần với levobupivacain 0,25% phối hợp 4mg dexamethasone sau phẫu thuật ung thư vú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh trên 70 bệnh nhân chia làm hai nhóm. Nhóm I: gây tê mặt phẳng cơ răng trước bằng 30ml levobupivacain 0,25%. Nhóm II: gây tê mặt phẳng cơ răng trước bằng hỗn hợp 30ml levobupivacain 0,25% và 4mg dexamethasone. Bệnh nhân được lặp IV-PCA morphin, với liều bolus 1mg/lần, thời gian khóa giữa 2 lần bolus là 8 phút, liều tối đa 6 lần nhấn /giờ. Đánh giá các tai

biến và các tác dụng không mong muốn khác: nhiễm khuẩn, tụ máu, ngứa, buồn nôn và nôn... so sánh giữa hai nhóm. **Kết quả:** Tất cả các thời điểm nghiên cứu, không có sự khác biệt giữa hai nhóm về hô hấp, tuần hoàn, các tác dụng phụ: ngứa, chóng mặt, bí tiểu, đau dạ dày, xuất huyết tiêu hóa, buồn nôn và nôn. Trong nghiên cứu cũng không gặp các biến chứng nguy hiểm nào của kỹ thuật gây tê mặt phẳng cơ răng trước. **Kết luận:** Không xuất hiện các biến chứng nghiêm trọng như chọc vào khoang màng phổi, ngộ độc thuốc tê. Gây tê mặt phẳng cơ răng trước bằng hỗn hợp levobupivacain 0,25% + 4mg dexamethasone không làm tăng sự xuất hiện của một số tác dụng không mong muốn như chóng mặt, nôn buồn nôn, ngứa, đau dạ dày... **Từ khóa:** mặt phẳng cơ răng trước, levobupivacain, dexamethasone, ung thư vú

## SUMMARY

### EVALUATION OF SIDES EFFECTS OF ANTERIOR DENTAL PLANE ANALGESIA UNDER ULTRASOUND GUIDANCE WITH LEVOBUPIVACAINE 0,25% PLUS 4MG DEXAMETHASONE AFTER BREAST CANCER SURGERY

**Objective:** Comparison of adverse effects of anterior dental plane anesthesia analgesia under

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>4</sup>Bệnh viện K trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Ngọc Vân

Email: ngocvanbill2006@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024