

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM TÁI PHÁT CỦA BỆNH NHÂN SAU CẮT GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN

Phạm Ngọc Hùng¹, Trần Công Duy Long²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm tại thời điểm tái phát của nhóm bệnh nhân được chẩn đoán tái phát sau cắt gan điều trị ung thư tế bào gan tại bệnh viện trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ Tháng 1/2017 – Tháng 6/2022. **Đối tượng và phương pháp:** đối tượng gồm 238 bệnh nhân tái phát ung thư sau phẫu thuật cắt gan. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả 1 loạt ca bệnh hồi cứu. **Kết quả và kết luận:** Trung vị nồng độ AFP tại thời điểm tái phát là 11 (3-203). 19,3% bệnh nhân có nồng độ AFP \geq 400 ng/mL. Tỷ lệ tái phát trong nhu mô gan chiếm 95%, 5% không khảo sát thấy tổn thương nhu mô gan. Tính chất u tái phát: tổn thương đa ổ chiếm 58%, 1 u chiếm 37%. Vị trí tái phát: Tổn thương tái phát rải rác nhu mô gan chiếm 52,9%, tái phát tại diện cắt là 9,7%, tái phát HPT cạnh diện cắt là 18,9%, HPT xa diện cắt là 13,4%. Tình trạng di căn: ghi nhận di căn ở 21,8% bệnh nhân trong đó 5% chỉ di căn ngoài gan, 16,8% vừa tái phát trong gan, vừa di căn ngoài gan. Vị trí di căn: Phổi chiếm tỷ lệ 6,7%, phúc mạc 6,7%, hạch ổ bụng 2,5%, Huyết khối 2,9%, xương 0,4%, di căn nhiều cơ quan 2,5%. Giai đoạn bệnh trước phẫu thuật chủ yếu là BCLC A (65,1%). Tỷ lệ xâm lấn mạch máu đại thể và vi thể lần lượt là 16% và 37,8%.

Từ khóa: Ung thư gan, tái phát, phẫu thuật cắt gan, đặc điểm

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH RECURRENT HEPATOCELLULAR CARCINOMA AFTER RESECTION

Objective: The study was done to describe characteristics of patients with recurrent hepatocellular carcinoma the time of surgery at Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy from January, 2017 to June, 2022. **Subjects and Method:** Subjects included 238 patients with recurrent hepatocellular carcinoma after the hepatectomy. Method was a retrospective case series report. **Results and conclusions:** Median of AFP concentration at the recurrent time was 11 (3-203). 19.3% of patients had AFP \geq 400 ng/mL. The rate of recurrence in the liver parenchyma accounted for 95% and 5% of patients did not have any liver parenchyma damage. Characteristics of tumor recurrence were multifocal in 58% and in 1 tumor in 37% of patients. Tumor recurrent site scattered in the parenchyma (52.9%),

were at the cutting face (9.7%), next to the cutting face (18.9%), and far from the cutting face (13.4%). Recurrence was found in 21.8% of patients in which 5% was in the liver, 16.8% of patients in the liver and outside the liver. The metastasis in lung accounted for 6.7%, in peritoneum was 6.7%, in abdominal lymph node was 2.5%, thrombosis was 2.9%, in bone was 0.4%, and in multiorgan was 2.5%. The preoperative stage was mainly BCLC A representing 65.1%. The rate of vascular invasion both in macro and in microscopy was 16% and 37.8% respectively.

Keywords: Hepatocellular Carcinoma, Recurrence, Hepatectomy, Characteristics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan là một trong mười loại ung thư phổ biến trên thế giới cũng như tại Việt Nam, trong đó ung thư tế bào gan nguyên phát thường gặp nhất chiếm khoảng 80-90% các ca bệnh [1]. Theo GLOBOCAN 2020, mỗi năm thế giới ghi nhận 905.677 (4,7%) ca ung thư gan mắc mới và 830.180 (8,3%) trường hợp tử vong vì căn bệnh này. Tại Việt Nam, ung thư gan là bệnh lý có tỷ lệ mắc mới và tỷ lệ tử vong đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi ở nam là 38/100.000 dân và nữ là 9,8/100.000 dân[2].

Hiện nay trên thế giới có nhiều phác đồ hướng dẫn điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát tùy thuộc vào đặc điểm, giai đoạn của khối u. Trong đó ghép gan là biện pháp tối ưu nhất và cũng là duy nhất có thể giúp bệnh nhân điều trị ung thư tế bào gan lần các bệnh lý nền của gan. Tuy nhiên các tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân ghép gan rất chặt chẽ đồng thời sự thiếu hụt nguồn tạng ghép so với số lượng bệnh nhân cần ghép tạng là một rào cản rất lớn cho bệnh nhân để tiếp cận phương pháp điều trị này. Do đó phẫu thuật được xem như lựa chọn phù hợp nhất hiện nay.

Mặc dù phẫu thuật cắt gan đã có những tiến bộ vượt bậc trong những năm qua nhưng tiên lượng lâu dài sau khi phẫu thuật còn nhiều hạn chế vì tỷ lệ tái phát còn cao từ 50 – 80% ngay cả với những ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát giai đoạn sớm [3]. Đặc điểm bệnh nhân ung thư gan tái phát tại thời điểm phẫu thuật là yếu tố giúp tiên lượng ca phẫu thuật và mức độ tái phát muộn và tỷ lệ sống sót còn chưa được quan tâm nghiên cứu thỏa đáng. Chính vì thế chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Hùng

Email: dr.phamhung102@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 26.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

sau: *Mô tả một số đặc điểm tại thời điểm tái phát của nhóm bệnh nhân được chẩn đoán tái phát sau cắt gan điều trị ung thư tế bào gan.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tế bào gan tái phát tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ Tháng 1/2017 – Tháng 6/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư tế bào gan tái phát theo tiêu chuẩn của Hiệp hội nghiên cứu bệnh gan của Mỹ (AASLD 2010) [4].

- Bệnh nhân chưa được điều trị ung thư tế bào gan bằng bất kỳ phương pháp nào khác trước phẫu thuật.

- Bệnh nhân tái phát lần đầu sau cắt gan điều trị ung thư tế bào gan

- Bệnh nhân đến theo dõi định kỳ sau phẫu thuật.

- Có thông tin hồ sơ bệnh án đầy đủ theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Không đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu một loạt ca bệnh

2.2.2. Cỡ mẫu/chọn mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: cỡ mẫu toàn bộ

Chọn mẫu: chọn mẫu theo phương pháp tiện ích, bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Thực tế chọn được 238 trường hợp trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Thời gian và địa điểm

- Thời gian: từ tháng 01/2017 đến tháng

6/2022 (5 năm).

- Địa điểm: Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

2.2.4. Các chỉ số biến số nghiên cứu

- Tuổi, giới

- Tình trạng chức năng gan thời điểm tái phát (điểm CHILD, ALBI)

- Nồng độ AFP

- Tình trạng tái phát di căn

- Số lượng u tái phát

- Vị trí di căn

- Điều trị sau tái phát

2.2.5. Thu thập thông tin. Nghiên cứu kỹ hồ sơ bệnh án bệnh nhân ung thư gan tái phát, thu thập thông tin cần thiết cho nghiên cứu vào mẫu bệnh án đã được thiết kế từ trước.

2.2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và xử lý nhờ phần mềm SPSS 26.0.

Tình tỷ lệ phần trăm so sánh tỷ lệ phần trăm bằng test χ^2 , có sự khác nhau khi $p < 0,05$. Tính giá trị trung bình và so sánh bằng T-test, tính trung vị có sự khác nhau khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân ung thư tế bào gan tái phát

3.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu.

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu được 238 bệnh nhân trong đó Có 207 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 87% và 31 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 13%. Tỷ lệ nam/nữ là: 6,7/, Tuổi trung bình của đối tượng $59 \pm 12,06$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 27 tuổi, tuổi cao nhất là 81 tuổi, lứa 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất 32,7%.

3.2. Đặc điểm bệnh nhân ung thư tế bào gan tái phát

Bảng 3.1: Tình trạng chức năng gan thời điểm tái phát

Đặc điểm	Tái phát ≤6 tháng (%) (n=76)	Tái phát > 6 tháng (%) (n=162)	Tất cả (%) (n=238)	P
Điểm CHILD: A5	54 (71%)	140 (86,4%)	194 (81,5%)	0,003 ¹
A6	8 (10,5%)	16 (9,9%)	24 (10,1%)	
B7	10 (13,2%)	4 (2,5%)	14 (5,9%)	
B8	1 (1,3%)	2 (1,2%)	3 (1,3%)	
B9	2 (2,6%)	0 (0,0%)	2 (0,8%)	
C10	1 (1,3%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)	
Điểm ALBI: G1	36 (47,4%)	116 (71,6%)	152 (63,9%)	<0,001 ¹
G2	39 (51,3%)	46 (28,4%)	85 (35,7%)	
G3	1 (1,3%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)	

¹Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân Child A là 91.6%, Child B là 8%, Child C là 0.4%; tỷ lệ bệnh nhân ALBI G1 là 63.9%, ALBI G2 35.7%, ALBI G3 0.4%. Tình trạng chức năng gan có sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0.001$) tại thời điểm tái phát giữa 2 nhóm tái phát sớm và tái phát muộn.

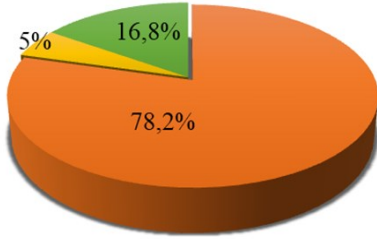
Bảng 3.2: Nồng độ AFP tại thời điểm tái phát

Đặc điểm	Tái phát ≤6 tháng	Tái phát >6	Tất cả	p
----------	-------------------	-------------	--------	---

	(n=76)	tháng (n=162)	(n=238)	
Nồng độ AFP: Trung vị	101 (11-965)	6 (3-35)	11 (3-203)	<0,001 ¹
Nhóm: < 20	22 (28,9%)	111 (68,5%)	133 (55,9%)	<0,001 ²
20 - < 400	23 (30,3%)	36 (22,2%)	59 (24,8%)	
≥ 400	31 (40,8%)	15 (9,3%)	46 (19,3%)	

¹ Kiểm định Wilcoxon, ² Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Trung vị nồng độ AFP là 11, tứ phân vị 25 là 3, tứ phân vị 75 là 203; tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ AFP bình thường khi tái phát là 55,9%, tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ AFP ≥ 400 là 19,3%; nồng độ AFP tại thời điểm tái phát có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm bệnh nhân.



■ Tái phát tại gan ■ Di căn ngoài gan ■ Phối hợp
Hình 3.1. Tình trạng tái phát di căn (n=238)

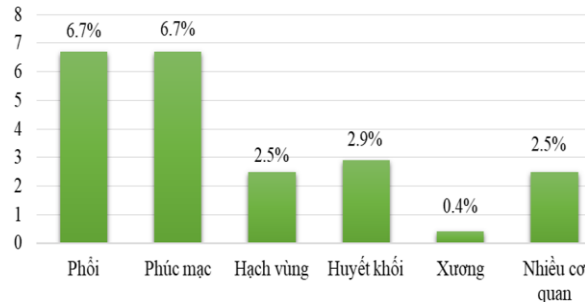
Nhận xét: Đa số bệnh nhân có tái phát tại gan chiếm 78,2%. Có 21,8% bệnh nhân phát hiện có tổn thương di căn ngoài gan (có hoặc không tổn thương tại gan kèm theo).

Bảng 3.3: Số lượng u tái phát

Đặc điểm	Tái phát ≤6 tháng (n=76)	Tái phát >6 tháng (n=162)	Tất cả (n=238)	P
Số lượng u				0,011 ¹
Không u	3 (3,9%)	9 (5,7%)	12 (5,0%)	
1 u	18 (23,7%)	70 (43,2%)	88 (37,0%)	
≥ 2 u	55 (72,4%)	83 (52,2%)	138 (58,0%)	

¹ Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Tỷ lệ tái phát đa ổ là 138 bệnh nhân chiếm 58%



Hình 3.3. Vị trí di căn (n=238)

Nhận xét: Đa số ghi nhận di căn phổi và phúc mạc với tỷ lệ tương ứng 6,7%; có 2,5% bệnh nhân có di căn nhiều cơ quan.

Bảng 3.4: Điều trị sau tái phát

Đặc điểm	Tái phát ≤ 6 tháng (n=76)	Tái phát > 6 tháng (n=162)	Tất cả (n=238)	P
Tính chất điều trị				0,001 ¹
Triệt để	5 (6,6%)	41 (25,3%)	46 (19,3%)	
Không triệt để	71 (93,4%)	121 (74,7%)	192 (80,7%)	
Phương pháp				0,003 ¹
Phẫu thuật	2 (2,6%)	31 (19,1%)	33 (13,9%)	
Phá huỷ u TACE	3 (3,9%)	12 (7,4%)	15 (6,3%)	
Hoá trị	47 (61,8%)	88 (54,3%)	135 (56,7%)	
Giảm nhẹ	21 (27,6%)	24 (14,8%)	45 (18,9%)	
	3 (3,9%)	7 (4,3%)	10 (4,2%)	

¹ Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Điều trị không triệt để chiếm đa số 80,7%. 19,3% bệnh nhân có thể điều trị triệt để. Khác biệt về tính chất điều trị giữa 2 nhóm tái phát có ý nghĩa.

Đa số bệnh nhân điều trị bằng TACE (56,7%). Có 13,9% bệnh nhân phẫu thuật và 6,3% phá huỷ u. 4,2% được điều trị chăm sóc giảm nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu. Số lượng bệnh nhân nam, nữ trong nghiên cứu chiếm lần lượt là: 87% và 13%. Tỷ lệ nam/nữ là 6,7/1, nam giới chiếm đa số (xem kết quả). Kết quả này của chúng tôi cũng tương đương với nhiều nghiên cứu trong nước đã công bố trước đây như Nguyễn Đình Song Huy [5] là 4,5/1. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu ở nước ngoài như của tác giả Portalani N.[6] là 5,4/1.

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là 57,3 ± 12,1, tuổi thấp nhất là 27 tuổi, cao nhất là 81 tuổi. Tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 50 – 59, 60 – 69 tuổi, chiếm tỷ lệ lần lượt là: 24,4%, 32,8% (xem kết quả).

Tỷ lệ mắc ung thư tế bào gan tăng dần theo tuổi do những tổn thương mạn tính lâu ngày, kết hợp các yếu tố nguy cơ dẫn đến xơ gan và tiến triển thành ung thư gan. Bên cạnh đó, tuổi trung bình mắc bệnh của chúng tôi khác nhau theo vùng địa lý, trình độ y tế và tình trạng nhiễm trùng mạn tính với viêm gan. Tại Việt Nam, tuổi trung bình mắc bệnh theo các tác giả Trần Công Duy

Long[1] là 55,8 tuổi, tuổi trung bình Phan Văn Thái[7] là 51±11 (19-71) tuổi. Tuổi trung bình Xing H[8] (2019) là 50,2±10,6 tuổi là 57±10,24 cho nhóm bệnh nhân tái phát.

Chúng tôi thấy độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân tái phát sớm (55 ±11,8 tuổi) thấp hơn một cách có ý nghĩa với độ tuổi trung bình của bệnh nhân ở nhóm tái phát muộn (58,4 ± 12,1 tuổi) với $p \leq 0,05$. Kết quả này của chúng tôi tương tự một số tác giả như Xing H[8] (2020).

4.2. Đặc điểm tại thời điểm tái phát

4.2.1. Chức năng gan. Tại thời điểm tái phát chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân Child-Pugh A là 91,6%, Child – Pugh B là 8%, Child – Pugh C là 0,4%. So sánh thang điểm Child – Pugh giữa thời điểm trước phẫu thuật và thời điểm tái phát có thể thấy rằng điểm Child – Pugh ở thời điểm tái phát cao hơn có ý nghĩa so với trước phẫu thuật ($p < 0,001$). Như vậy có thể thấy, chức năng gan ở thời điểm tái phát kém hơn so với thời điểm phát hiện bệnh.

Trong khi đó, tại thời điểm phát hiện tái phát, tỷ lệ bệnh nhân có ALBI mức 1 là 63,9%, ALBI mức 2 là 35,7%, và ALBI mức 3 là 0,4% (bảng 3.1).

4.2.2. Nồng độ AFP. Trung vị nồng độ AFP tại thời điểm tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi là 11 (3-203). Trong đó trung vị nồng độ AFP của nhóm tái phát sớm [101 (11-965)] cao hơn có ý nghĩa so với nồng độ AFP của nhóm tái phát muộn [6 (3-35)], với $p < 0,001$.

Nghiên cứu có 192/238 bệnh nhân (80,7%) có nồng độ AFP < 400 ng/mL trong đó 133 bệnh nhân (55,9%) có nồng độ AFP < 20 ng/mL, có 46 bệnh nhân (19,3%) có nồng độ AFP \geq 400. Phân tích các nhóm (Bảng 3.2) nồng độ AFP ở nhóm bệnh nhân tái phát sớm cao hơn so với nhóm bệnh nhân tái phát muộn, $p < 0,001$.

4.2.3. Vị trí tái phát – di căn. Chúng tôi ghi nhận có 12 bệnh nhân không phát hiện tổn thương tái phát ở gan, và 226 bệnh nhân ghi nhận có tổn thương tái phát tại gan. Trong đó 186/238 bệnh nhân (78,2%) có tổn thương tái phát tại gan, 40/238 bệnh nhân (16,8%) vừa có tái phát tại gan, vừa có di căn ngoài gan và 12/238 bệnh nhân (5%) chỉ ghi nhận tổn thương di căn ngoài gan. Ghi nhận theo nghiên cứu của Wei T⁵⁶, bệnh nhân tái phát tại gan là 74,2%, tỷ lệ bệnh nhân tái phát ngoài gan là 17,8% và tỷ lệ bệnh nhân vừa có tái phát tại gan vừa di căn ngoài gan là 8,1%.

Về vị trí tái phát chúng tôi ghi nhận 126 bệnh nhân (52,9%) tái phát đa ổ rải rác nhu mô, 23 bệnh nhân (9,7%) tái phát tại diện cắt, 45 bệnh

nhân (18,9%) tái phát tại HPT cạnh diện cắt, 32 bệnh nhân (13,4%) tái phát tại HPT xa diện cắt.

Tác giả Phan Văn Thái[7] khi nghiên cứu 59 bệnh nhân tái phát sau cắt gan ghi nhận, có 8,5% bệnh nhân tái phát tại diện cắt, 22% tái phát tại HPT cạnh diện cắt, 11,9% tái phát xa diện cắt và 57,6% bệnh nhân tái phát đa ổ rải rác nhu mô. Tỷ lệ tái phát tại HPT gần diện cắt và xa diện cắt có kết quả tương đương nhau lần lượt là 26% và 26,7%. Portolani N [63] cũng thấy rằng, tỷ lệ bệnh nhân tái phát đa ổ rải rác nhu mô chiếm ưu thế với tỷ lệ 55,3%.

Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 52/238 bệnh nhân (21,8%) có tổn thương di căn xa (có thể kèm theo hoặc không tổn thương tái phát tại gan), trong đó có 16 bệnh nhân (6,7%) có di căn phổi, 16 bệnh nhân (6,7%) có di căn phúc mạc, 6 bệnh nhân (2,5%) di căn hạch ổ bụng, 1 bệnh nhân (0,4%) di căn xương, 7 bệnh nhân (2,9%) ghi nhận có huyết khối tĩnh mạch, và 6 bệnh nhân (2,5%) ghi nhận tổn thương di căn ở nhiều cơ quan.

Nghiên cứu của Kaibori[9] (2007) báo cáo tỷ lệ di căn ngoài gan của mình là 14,9% (34/228 bệnh nhân), trong đó tỷ lệ bệnh nhân di căn phổi là 6,6%, di căn xương là 3%, di căn hạch ổ bụng là 2,2%, thượng thận là 1,3%, da 0,9%, não 0,9%. Nghiên cứu của Phan Văn Thái[7] đánh giá đặc điểm của 59 bệnh nhân tái phát báo cáo có 11,9% có tổn thương di căn ngoài gan, trong đó di căn 1 cơ quan là 8,5%, di căn nhiều cơ quan là 3,4% (hình 3.1, bảng 3.3 và hình 3.2).

4.2.4. Kết quả điều trị Ung thư tế bào gan tái phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ định điều trị ung thư tế bào gan tái phát sau phẫu thuật được căn cứ theo hướng dẫn điều trị ung thư tế bào gan của Hiệp hội Châu Á Thái Bình Dương về Nghiên cứu Bệnh lý Gan (APASL) 2017 và thông qua hội chẩn đa chuyên khoa để quyết định phương pháp điều trị tối ưu.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ điều trị triệt căn sau tái phát là 48/238 bệnh nhân (20,1%) trong đó có 15/238 bệnh nhân (6,3%) được thực hiện phẫu thuật cắt bỏ gan, 33/238 bệnh nhân (13,9%) được phẫu thuật cắt lại gan. Có 190/238 bệnh nhân (78,1%) được điều trị không triệt để, trong đó đa số là TACE với 135/238 bệnh nhân (56,7%); 45/238 bệnh nhân (18,9%) điều trị toàn thân và 10/238 bệnh nhân (4,2%) điều trị nâng đỡ, giảm nhẹ. Đáng chú ý, có sự khác nhau có ý nghĩa về phương pháp điều trị giữa nhóm bệnh nhân tái phát sớm và tái phát muộn. Cụ thể, những bệnh nhân tái phát sớm trong vòng 6 tháng sau cắt gan điều trị ung thư

tế bào gan có ít tiềm năng điều trị triệt để khi tái phát hơn so với nhóm bệnh nhân tái phát muộn (6,6% so với 25,3%, $p=0,001$).

Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Wei T và cộng sự [10] đã báo cáo. Chỉ xét riêng nhóm bệnh nhân tái phát sớm tại gan (8 tháng) được tác giả ghi nhận, có 33,8% bệnh nhân được điều trị triệt căn (phẫu thuật hoặc phá hủy u) và 66,2% bệnh nhân được điều trị không triệt để (Hóa trị toàn thân, TACE, hoặc điều trị nâng đỡ), đồng thời tác giả cũng thấy rằng dường như nhóm bệnh nhân tái phát sớm (8 tháng) có ít tiềm năng điều trị triệt để sau tái phát hơn so với nhóm bệnh nhân tái phát muộn (> 8 tháng) với tỷ lệ lần lượt là 33,8% so với 45,7%, $p=0,08$.

Nghiên cứu trước đây của Hirokawa và cộng sự [3] (2016) cũng cho những kết quả tương tự, tác giả ghi nhận rằng tỷ lệ điều trị triệt căn sau tái phát ở nhóm bệnh nhân tái phát trong vòng 6 tháng là 0% thấp hơn có ý nghĩa với nhóm bệnh nhân tái phát từ 6-12 tháng và > 12 tháng với tỷ lệ tương ứng là 36% và 66%, $p<0,001$ (bảng 3.4).

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm tại thời điểm tái phát của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

- Tái phát chủ yếu ở nhu mô gan trong đó tái phát đa ổ, rải rác trên nhiều hạ phân thùy chiếm đa số.

- Tổn thương di căn ngoài gan ít gặp. Trong số bệnh nhân di căn ngoài gan, di căn phổi và phủ mạc là chủ yếu

- Điều trị sau tái phát chủ yếu là TACE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Công Duy Long.** Đánh giá vai trò phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư tế bào gan. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2016.
2. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, 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): 209-249.
3. **Hirokawa F, Hayashi M, Asakuma M, et al.** Risk factors and patterns of early recurrence after curative hepatectomy for hepatocellular carcinoma. *Surg Oncol.* 2016;25:24-29.
4. **Bruix J, Sherman M.** Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology.* 2011;53(3):1020-1022.
5. **Nguyen-Dinh SH, Do A, Pham TND, Dao DY, Nguy TN.** High burden of hepatocellular carcinoma and viral hepatitis in Southern and Central Vietnam: Experience of a large tertiary referral center, 2010 to 2016. *World J Hepatol.* 2018;10(1):116-123.
6. **Portolani N, Coniglio A, Ghidoni S, et al.** Early and late recurrence after liver resection for hepatocellular carcinoma: prognostic and therapeutic implications. *Ann Surg.* 2006; 243(2): 229-235.
7. **Phan Văn Thái.** Đặc Điểm Ung Thư Tế Bào Gan Tái Phát Sau Phẫu Thuật. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2014.
8. **Xing H, Zhang WG, Cescon M, et al.** Defining and predicting early recurrence after liver resection of hepatocellular carcinoma: a multi-institutional study. *HPB.* 2020;22(5):677-689. doi: 10.1016/j.hpb.2019.09.006
9. **Kaibori M, Matsui Y, Saito T, Kamiyama Y.** Risk factors for different patterns of recurrence after resection of hepatocellular carcinoma. *Anticancer Res.* 2007;27(4C):2809-2816.
10. **Wei T, Zhang XF, Bagante F, et al.** Early versus late recurrence of hepatocellular carcinoma after surgical resection based on post-recurrence survival: an International multi-institutional analysis. *J Gastrointest Surg.* 2021;25(1):125-133.

KHẢO SÁT SỨC CĂNG NHĨ TRÁI BẰNG SIÊU ÂM ĐÁNH DẤU MÔ CƠ TIM Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Lê Thị Ngọc Hân¹, Trần Đức Hùng¹, Lương Công Thức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sức căng nhĩ trái bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở người bệnh tăng huyết áp (THA), mối liên quan của sức căng nhĩ trái với rối loạn chức năng tâm trương thất trái. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 142

người bệnh THA, thời gian từ 11/2022 đến 3/2023 tại Bệnh viện Quân y 103. Thực hiện siêu âm tim đánh giá chức năng nhĩ trái và thất trái. **Kết quả:** Tuổi trung bình $70,3 \pm 12,3$ năm, nam giới chiếm 70,4%. Rối loạn chức năng tâm trương thất trái chiếm 54,2%. Các thông số đánh giá sức căng nhĩ trái (LASr-ED, LAScd-ED, LASct-ED, LASr-AC, LAScd-AC, LASct-AC) lần lượt là $24,2 \pm 14,4\%$, $-11,8 \pm 7,7\%$; $-12,5 \pm 10,7\%$; $20,8 \pm 10,7\%$; $-10,5 \pm 6,9\%$, $-10,3 \pm 8,3\%$. Sức căng dự trữ nhĩ trái (LASr) ở nhóm THA > 10 năm ($16,9 \pm 10,4\%$) thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm THA < 5 năm ($28,1 \pm 15,5\%$) và nhóm THA 5 - 10 năm ($28,6 \pm 14,3\%$) với $p < 0,05$. LASr ở nhóm có rối loạn chức năng tâm trương thất trái giảm hơn nhóm có

¹Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Lương Công Thức
Email: lcthuc@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.2.2024
Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024
Ngày duyệt bài: 23.4.2024