

## ỨNG DỤNG TIÊU CHUẨN KINKI TRONG PHÂN CHIA DƯỚI NHÓM UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN GIAI ĐOẠN TRUNG GIAN

### Kinki criteria for the subclassification of intermediate-stage hepatocellular carcinoma: Clinical implication

Nguyễn Thị Thu Huyền\*, Nguyễn Anh Tuấn\*\*, Lê Trọng Bình\*\*\*

#### SUMMARY

**Purpose:** to subclassify the intermediate stage hepatocellular carcinoma (HCC) by using Kinki criteria.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted on 109 patients with intermediate stage HCC from 01/2022 to 08/2023 at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Hue Center Hospital. HCC was diagnosed using the practice guideline of the Ministry of Health 2020, classified into the intermediate stage according to BCLC 2012. Intermediate stage HCC was then subclassified by using Kinki criteria. Treatment indications were documented. Clinical implication of Kinki criteria was reviewed and discussed.

**Results:** Mean age:  $64.2 \pm 13$  years, male: female ratio 7:1. Average tumor size:  $8.9 \pm 3.6$  cm. Subclassification of 109 intermediate stage HCC (BCLC-B) included 21 (19.3%) B1, 76 (69.7%) B2, and 12 (11%) B3. The subgroup B3 was further classified as B3a (n=2, 1.8%) and B3b (n=10, 9.2%). Treatment indications followed BCLC-B 2012 recommendation in 47.7% of cases (TACE: transarterial chemoembolization) whereas 52.3% were outside, including resection (22%), systemic chemotherapy (18.3%), conservative (9.2%) and radiofrequency ablation (2.8%). Comparing clinical treatment indications and recommendations of Kinki criteria we found: 100% of patients were in group B1; 76.4% of patients in group B2 and 66.7% of patients in group B3 received treatment corresponding to the recommendation of Kinki criteria.

**Conclusion:** Intermediate-stage HCC encompasses a wide and heterogeneous population in terms of performance status, tumor burden and underlying liver function. Subclassification of patients in this stage using Kinki criteria helps optimize treatment strategies and improve patient prognosis.

**Keywords:** Hepatocellular carcinoma, computed tomography, Child-Pugh, Kinki criteria.

\* Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh,  
Trường Đại học Y-Dược,  
Đại học Huế

\*\* Khoa Chẩn đoán hình ảnh,  
Bệnh viện Trung Ương Huế

\*\*\* Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh,  
Trường Đại học Y-Dược,  
Đại học Huế

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là loại ung thư phổ biến đứng hàng thứ sáu trong số các loại ung thư và xếp thứ hai trong các nguyên nhân gây tử vong do ung thư trên thế giới. Ở Việt Nam, theo Globocan 2020, UTBMTBG dẫn đầu về tỷ lệ mới mắc và tỷ lệ tử vong [1]. Hiện nay, phân loại Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) là phân độ chuẩn và được ứng dụng phổ biến nhất trên thế giới để phân chia giai đoạn của UTBMTBG cùng với đó là hướng điều trị tương ứng cho từng giai đoạn [2], [3]. Giai đoạn trung gian (BCLC-B) bao gồm UTBMTBG đơn ổ > 5 cm, đa ổ, chức năng gan còn duy trì (Child Pugh A-B), chưa có xâm lấn mạch máu và di căn xa, toàn trạng bệnh nhân còn tốt (PS 0) [3], [4]. Nút mạch hóa chất (TACE: transarterial chemoembolization) là phương pháp điều trị chuẩn cho UTBMTBG giai đoạn trung gian (BCLC-B) [3]. Tuy nhiên đây là giai đoạn không đồng nhất về đặc điểm của khối u và chức năng gan nền, ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị, tỷ lệ tái phát, thời gian sống của bệnh nhân. Để tối ưu hóa chiến lược điều trị và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian, phân nhóm này cần được chia thành các dưới nhóm chi tiết hơn để có chỉ định điều trị phù hợp hơn cho từng dưới nhóm cụ thể. Năm 2012, Bolondi và cộng sự đã đưa ra tiêu chuẩn phân loại giai đoạn trung gian (BCLC-B) thành 4 nhóm từ B1 đến B4 dựa trên 4 tiêu chí đồng thời đưa ra khuyến cáo chiến lược điều trị cho từng nhóm. Năm 2015, Kudo và cộng sự đã cải tiến cách chia của Bolondi theo hướng đơn giản và dễ áp dụng hơn khi chia giai đoạn BCLC-B thành 3 nhóm dựa vào 2 tiêu chí là chỉ số Child-Pugh và Milan up-to-seven đi kèm với hướng dẫn điều trị chi tiết, còn gọi là tiêu chuẩn Kinki [5]. Hiện nay tiêu chuẩn Kinki chưa được ứng dụng phổ biến ở Việt Nam. Mục tiêu của đề tài là mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn trung gian và ứng dụng tiêu chuẩn Kinki trong phân chia dưới nhóm giai đoạn trung gian.

## II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** gồm 109 bệnh nhân

được chẩn đoán UTBMTBG giai đoạn trung gian tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2023.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi được chẩn đoán xác định UTBMTBG theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị UTBMTBG của Bộ Y tế năm 2020 [6], thuộc giai đoạn trung gian theo hệ thống phân loại Barcelona [3], được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) bụng có thuốc cản quang theo protocol 3 thì (động mạch muện, tĩnh mạch cửa và thì muện) trước điều trị. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân UTBMTBG đã điều trị hoặc đồng mắc các bệnh lý ác tính khác.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Phương tiện nghiên cứu gồm máy CLVT đa dãy đầu thu Siemens (Somatom scope, Đức) và GE (Act revolution, Hoa Kỳ). Ghi nhận các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, hình ảnh CLVT và xét nghiệm chức năng gan. Phân dưới nhóm UTBMTBG giai đoạn trung gian theo tiêu chuẩn Kinki. Đối chiếu chỉ định điều trị trên thực tế lâm sàng và khuyến cáo của BCLC và tiêu chuẩn Kinki.

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0.

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế thông qua, mã số 1138/QĐ-ĐHYD.

## III. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2023 có 109 bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Huế, và Bệnh viện Trung ương Huế nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $64,2 \pm 13$  tuổi, nam/nữ là 7/1, yếu tố nguy cơ chủ yếu của UTBMTBG là viêm gan virus B (67,9%). Đặc điểm chung của nhóm đối tượng được trình bày cụ thể trong bảng 1.

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng (n=109)	Tỷ lệ (%)
<b>Nhóm tuổi</b>		
<50	15	13,8
50-70	55	50,4
>70	39	35,8
<b>Giới tính</b>		
Nam	94	86,2
Nữ	15	13,8
<b>Yếu tố nguy cơ</b>		
HBV	74	67,9
HCV	7	6,4
HBV + HCV	0	0
Khác	28	25,7

Đặc điểm hình ảnh CLVT của nhóm nghiên cứu được ghi nhận cụ thể ở bảng 2.

**Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh CLVT UTBMTBG giai đoạn trung gian**

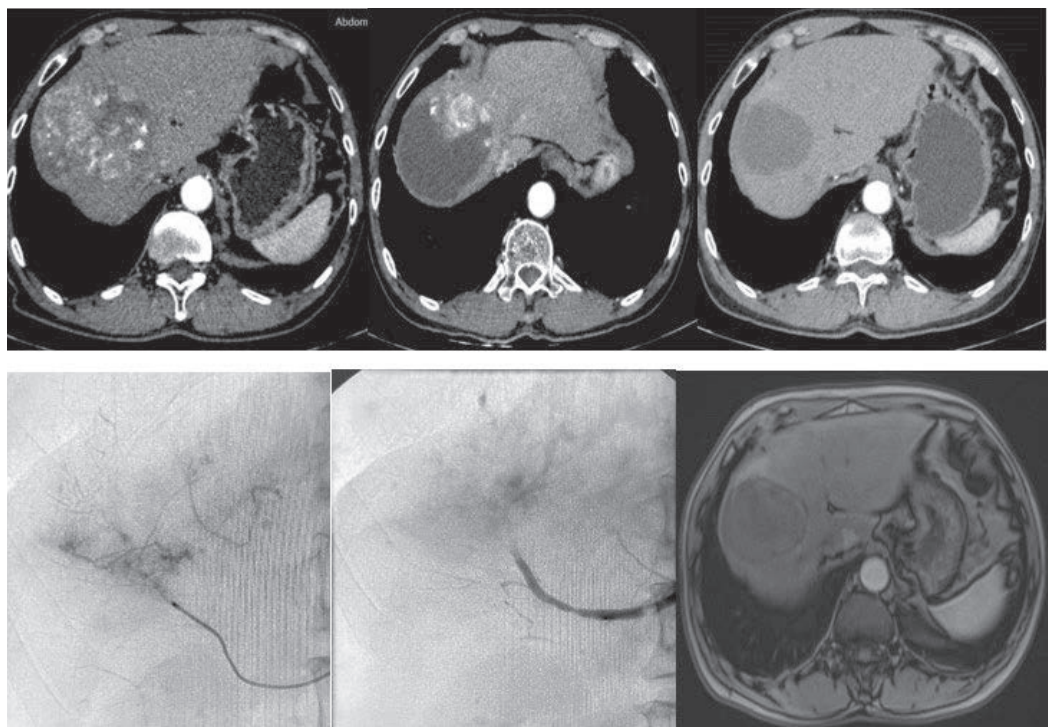
Đặc điểm	Số lượng (n=109)	Tỷ lệ (%)
<b>Kiểu u</b>		
- Đơn ổ	42	38,5
- Đa ổ	64	58,7
- Thâm nhiễm	3	2,8
<b>Vị trí</b>		
- Gan phải	65	59,6
- Gan trái	9	8,3
- Cả hai	35	32,1
<b>Kích thước</b>		
- < 5 cm	10	9,2
- 5-10 cm	65	59,6
- > 10 cm	34	31,2
<b>Tỷ trọng tự nhiên</b>		
- Giảm tỷ trọng	93	85,3
- Đồng tỷ trọng	9	8,3
- Tăng tỷ trọng	7	6,4

Ngấm thuốc mạnh	103	94,5
Thải thuốc	102	93,6
Vỏ bao ngấm thuốc	71	65,1
Tăng sinh mạch nuôi u	97	89
Tân sinh mạch trong u	76	69,7
Hoại tử trong u	80	73,4
Tuần hoàn bàng hệ- tăng áp cửa	12	11
Thông nối động mạch gan-tĩnh mạch cửa	4	3,7
Giãn đường mật kèm theo	18	16,5
Biến chứng vỡ u	20	18,3

Phần lớn bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian có thể đa ổ chiếm 58,7%, thường nằm ở gan phải (59,6%). Kích thước trung bình khối u là  $8,9 \pm 3,6$  cm, trong đó 59,6% u có kích thước từ 5 - 10 cm. Hầu hết các khối u giảm tỷ trọng tự nhiên, ngấm thuốc mạnh thì động mạch, thải thuốc và có vỏ bao ngấm thuốc ở thì tĩnh mạch cửa hoặc thì muện. Đa số trường hợp có tăng sinh mạch máu nuôi u và tân sinh mạch trong u. 18,3 % bệnh nhân có biến chứng vỡ u gây tụ máu dưới bao và/hoặc xuất huyết ổ bụng; 11% có tăng áp lực tĩnh mạch cửa với tuần hoàn bàng hệ; 16,5% có giãn đường mật kèm theo. Kích thước u là yếu tố dự báo các đặc điểm hiệu ứng khối, sát bao gan, tăng sinh, tân sinh mạch và biến chứng vỡ u.

Trong số 109 bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian chúng tôi chia thành các dưới nhóm như sau: dưới nhóm B1 n=21 (19,3%), dưới nhóm B2 n=76 (69,7%), dưới nhóm B3 n=12 (11%) trong đó B3a n=2 (1,8%), B3b n=10 (9,2%).

Chỉ định điều trị trên thực tế lâm sàng chủ yếu là TACE (47,7%), phẫu thuật 24 (22%), hóa trị (18,3%), nội khoa (9,2%), RFA (2,8%). Một trường hợp bệnh nhân được điều trị trên thực tế ở hình 1.



**Hình 1.** Bệnh nhân nam 72 tuổi được chẩn đoán UTBMTBG BCLC-B, đơn ổ, dưới nhóm B2 theo tiêu chuẩn Kinki. Bệnh nhân được điều trị DEB-TACE 2 lần. Sau lần thứ nhất, khối u dịch hóa nhiều, còn thành phần đặc ngấm thuốc (LR-TR viable). Sau lần thứ hai, khối u hoại tử hoàn toàn, không còn thành phần ngấm thuốc (LR- TR nonviable). Trên hình ảnh CLVT và CHT sau ở thời điểm theo dõi 9 tháng, khối u đáp ứng hoàn toàn, không thấy tổn thương mới và tổn thương nghi ngờ thứ phát.

**Bảng 3. Đối chiếu điều trị UTBMTBG giai đoạn trung gian tương ứng với các dưới nhóm theo khuyến cáo của Kinki, BCLC và trên thực tế lâm sàng**

Phân nhóm n=109	BCLC	Kinki				Chỉ định điều trị thực tế			
		Phẫu thuật + RFA	TACE	Hóa trị	Khác	Phẫu thuật + RFA	TACE	Hóa trị	Nội khoa
B1 21	-BCLC 2012 TACE  - Cập nhật 2022 + Ghép gan +TACE + Điều trị toàn thân	+	+	0	0	12 57,1%	9 42,9%	0 0%	0 0%
B2 76		0	+	+	HAIC	15 19,7%	42 55,3%	16 21,1%	3 3,9%
B3a 2		RFA	+	0	Ghép gan HAIC	0 0%	1 50%	1 50%	0 0%
B3b 10		0	DEB-TACE chọn lọc	0	HAIC BSC	0	0	3 30%	7 70%

- Đối chiếu chỉ định điều trị trên lâm sàng với khuyến cáo điều trị theo tiêu chuẩn Kinki nhận thấy 100% bệnh nhân dưới nhóm B1; 76,4% bệnh nhân dưới nhóm B2 và 66,7% bệnh nhân dưới nhóm B3 có chỉ định điều trị trên thực tế tương ứng với khuyến cáo điều trị theo tiêu chuẩn Kinki.

#### IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi phân nhóm 109 bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian theo tiêu chuẩn Kinki gồm dưới nhóm B1 n=21 (19,3%) bệnh nhân, dưới nhóm B2 chiếm tỷ lệ cao nhất 76 (69,7%), nhóm B3 n=12 (11%) trong đó B3a n=2 (1,8%), B3b n=10 (9,2%). Phân dưới nhóm này tương đồng với nghiên cứu Arizumi (2016) [7]. Chúng tôi nhận thấy thực tế lâm sàng có nhiều lựa chọn phương thức điều trị UTBMTBG giai đoạn trung gian trong đó chủ yếu là TACE 52 (47,7 %) vì đây là phương thức điều trị chuẩn trong UTBMTBG giai đoạn trung gian theo BCLC [3]. Tiêu chuẩn Kinki cũng khuyến cáo mở rộng các phương pháp điều trị đối với bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian so với BCLC. Trên thực tế lâm sàng có 52,3% bệnh nhân được chỉ định điều trị các phương thức khác ngoài TACE bao gồm phẫu thuật 24 (22%), hóa trị 20 (18,3%), nội khoa 10 (9,2%), RFA 3 (2,8%).

Trong dưới nhóm B1: Trên thực tế nghiên cứu của chúng tôi có 57,1% bệnh nhân thuộc phân nhóm B1 có chỉ định phẫu thuật hoặc RFA, nằm ngoài khuyến cáo của BCLC. 100% bệnh nhân có hướng điều trị phân nhóm B1 theo tiêu chuẩn Kinki tương ứng với chỉ định trên thực tế lâm sàng. Nghiên cứu của Yamamoto và cộng sự năm 2021 cho thấy rằng đối với bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn B1, phẫu thuật cắt gan mang lại tiên lượng tốt hơn các phương pháp điều trị khác [8].

Trong dưới nhóm B2: 55,3% bệnh nhân được chỉ định điều trị TACE và 21,1% bệnh nhân được hóa trị toàn thân. Như vậy 58/76 (76,4%) bệnh nhân có chỉ định trên lâm sàng tương ứng với khuyến cáo điều trị theo tiêu chuẩn Kinki và BCLC cập nhật năm 2022. Phương pháp hóa trị chủ yếu điều trị bằng Sorafenib, chỉ có một số ít trường hợp được chỉ định điều trị liệu pháp miễn dịch Atezolizumab và Bevacizumab, hiện tại đây là chỉ định hàng đầu trong liệu pháp toàn thân điều trị UTBMTBG

tuy nhiên giá thành khá cao nên chưa được áp dụng phổ biến. Ngoài ra còn có 19,7% bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật và tỷ lệ nhỏ điều trị nội khoa (3,9%). Tiêu chuẩn Kinki không khuyến cáo phẫu thuật cắt bỏ ở giai đoạn B2 và một số nghiên cứu cũng cho thấy rằng ở những bệnh nhân ở giai đoạn B2 và B3, cần có một phương pháp thay thế tùy theo tình trạng của bệnh nhân, chức năng gan và đặc điểm khối u [8].

Điều trị các tác nhân phân tử nhắm trúng đích được kỳ vọng sẽ ngăn chặn sự tái phát hoặc phát triển của khối u do tác dụng ức chế của các tác nhân này đối với yếu tố tăng sinh mạch [9]. Ngoài ra, việc giảm tần suất thực hiện TACE cũng góp phần ngăn ngừa tình trạng suy giảm chức năng gan và giảm tác dụng phụ sau TACE. Xem xét chuyển từ điều trị TACE qua điều trị toàn thân khi gánh nặng khối u cao, đa ổ, suy giảm chức năng gan, tái phát sớm, hoại tử không hoàn toàn, tiến triển lớn khi thực hiện TACE và sự lan rộng ngoài gan và/hoặc xâm lấn mạch máu [10].

Trong phân nhóm B3: Theo tiêu chuẩn Kinki đối với phân nhóm B3a có thể chỉ định cTACE siêu chọn lọc hoặc hủy u tại chỗ, phân nhóm B3b điều trị giảm nhẹ hoặc không điều trị với khuyến cáo chỉ định đầu tay là DEB-TACE siêu chọn lọc, truyền hóa chất trực tiếp động mạch gan (HAIC) hoặc chăm sóc giảm nhẹ [5]. Trên thực tế 8/12 bệnh nhân thuộc phân nhóm B3 trong nghiên cứu được điều trị nội khoa hỗ trợ, tương ứng với khuyến cáo điều trị theo tiêu chuẩn Kinki. Chỉ có 01 trường hợp chỉ định cTACE và 03 trường hợp điều trị hóa trị. HAIC đã được sử dụng rộng rãi ở những bệnh nhân mắc UTBMTBG tiến triển vì tỷ lệ đáp ứng tương đối cao, độc tính thấp và kéo dài thời gian sống [11]. Tuy nhiên trong thực tế điều trị tại bệnh viện chúng tôi chưa có trường hợp điều trị ghép gan đối với giai đoạn B3a cũng như không có phương thức điều trị HAIC nên đa số bệnh nhân giai đoạn B3 được điều trị nội khoa nâng đỡ.

Ý nghĩa của tiêu chuẩn Kinki trong phân loại và định hướng điều trị UTBMTBG giai đoạn trung gian đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu [7], [8], [12]. Thực tế cho thấy BCLC năm 2022 đã cập nhật tiêu chuẩn Kinki để chia UTBMTBG giai đoạn trung gian thành 3 dưới nhóm

kèm theo khuyến cáo điều trị tương ứng [13]. Cụ thể có thể chỉ định điều trị triệt để (ghép gan) cho BCLC-B1, TACE chỉ còn khu trú cho nhóm BCLC-B2 trong khi hoá trị toàn thân được mở rộng đối với nhóm BCLC-B2 và B3 (gồm u gan thể thâm nhiễm, lan tỏa, đa thùy) với chỉ định đầu tay là Atezolizumab và Bevacizumab thay cho Sorafenib truyền thống [13].

Nghiên cứu của chúng tôi có một vài hạn chế như sau: Thứ nhất là thiếu sự đa dạng của các phương pháp điều trị thực tế so với các nghiên cứu khác trên thế giới cũng như theo khuyến cáo. Thứ hai, chỉ định điều trị trên thực tế lâm sàng còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như điều kiện kinh tế, bảo hiểm y tế, vật tư y tế và nguyện vọng

của bệnh nhân và thân nhân. Thứ ba, thiết kế nghiên cứu chỉ dừng ở mô tả cắt ngang mà không có theo dõi và so sánh sự khác biệt về thời gian sống thêm toàn bộ giữa các phân nhóm được điều trị các phương pháp khác nhau theo Kinki.

## V. KẾT LUẬN

UTBMTBG giai đoạn trung gian bao gồm một nhóm bệnh không đồng nhất về đặc điểm hình ảnh và chức năng gan. Chỉ định điều trị trên thực tế không hoàn toàn giống với khuyến cáo của BCLC 2012. Do vậy cần phân loại chi tiết và cá thể hoá bệnh nhân tiêu chuẩn Kinki để tối ưu hoá hiệu quả điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung, Hyuna, et al. (2021), "Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA: a cancer journal for clinicians*. 71(3), pp. 209-249.
2. Bolondi, Luigi, et al. (2012), Heterogeneity of patients with intermediate (BCLC B) Hepatocellular Carcinoma: proposal for a subclassification to facilitate treatment decisions, *Seminars in liver disease*, Thieme Medical Publishers, pp. 348-359.
3. European Association For The Study Of The Liver (2018), "EASL clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma", *Journal of hepatology*. 69(1), pp. 182-236.
4. Yi, Peng-Sheng, Hong Wang, and Jian-Shui Li (2020), "Evolution and current status of the subclassification of intermediate hepatocellular carcinoma", *World journal of gastrointestinal surgery*. 12(3), pp. 85-92.
5. Kudo, Masatoshi, et al. (2015), "Subclassification of BCLC B stage hepatocellular carcinoma and treatment strategies: proposal of modified Bolondi's subclassification (Kinki criteria)", *Digestive diseases*. 33(6), pp. 751-758.
6. Bộ Y tế (2020), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan", *3129\_QD-BYT*, pp. tr.8-11.
7. Arizumi, Tadaaki, et al. (2016), "Validation of Kinki criteria, a modified substaging system, in patients with intermediate stage hepatocellular carcinoma", *Digestive Diseases*. 34(6), pp. 671-678.
8. Yamamoto, Masateru, et al. (2021), "Significance of liver resection for intermediate stage hepatocellular carcinoma according to subclassification", *BMC Cancer*. 21(1), p. 668.
9. Geschwind, Jean-Francois H, et al. (2016), "Use of transarterial chemoembolization (TACE) and sorafenib in patients with unresectable hepatocellular carcinoma: US regional analysis of the GIDEON registry", *Liver Cancer*. 5(1), pp. 37-46.
10. Kudo, M (2015), "Immune checkpoint blockade in hepatocellular carcinoma", *Liver Cancer*. 4(4), p. 201.
11. Kawaoka, Tomokazu, et al. (2018), "Comparison of hepatic arterial infusion chemotherapy between 5 fluorouracil-based continuous infusion chemotherapy and low-dose cisplatin monotherapy for advanced hepatocellular carcinoma", *Hepatology Research*. 48(13), pp. 1118-1130.

- Zhong, Jian-Hong, et al. (2013), "Comparison of long-term survival of patients with BCLC stage B hepatocellular carcinoma after liver resection or transarterial chemoembolization", *PloS one*. 8(7), p. e68193.
- Reig, Maria, et al. (2022), "BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: The 2022 update", *Journal of Hepatology*. 76(3), pp. 681-693.

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Ứng dụng tiêu chuẩn Kinki trong phân giai đoạn ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) giai đoạn trung gian.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 109 bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian tại Bệnh viện trường Đại học Y-Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2022 đến 08/2023. Chẩn đoán UTBMTBG theo hướng dẫn của Bộ Y tế 2020. Phân giai đoạn trung gian theo BCLC 2012. Phân loại dưới nhóm UTBMTBG giai đoạn trung gian theo tiêu chuẩn Kinki. Đối chiếu chỉ định điều trị trên lâm sàng và theo khuyến cáo của BCLC và tiêu chuẩn Kinki.

**Kết quả:** Tuổi trung bình:  $64,2 \pm 13$  tuổi, nam/nữ: 7/1. Kích thước u trung bình:  $8,9 \pm 3,6$  cm. Phân dưới nhóm 109 bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian (BCLC-B) theo tiêu chuẩn Kinki như sau: B1 n=21 (19,3%), B2 n=76 (69,7%), B3 n=12 (11%) trong đó B3a n=2 (1,8%), B3b n=10 (9,2%). Chỉ định điều trị trên thực tế lâm sàng bao gồm TACE (47,7%), phẫu thuật (22%), hóa trị (18,3%), nội khoa (9,2%), RFA (2,8%). Có 52,3% chỉ định điều trị nằm ngoài khuyến cáo BCLC 2012. Đối chiếu chỉ định điều trị trên lâm sàng và khuyến cáo của tiêu chuẩn Kinki nhận thấy: 100% bệnh nhân dưới nhóm B1; 76,4% bệnh nhân dưới nhóm B2 và 66,7% bệnh nhân dưới nhóm B3 có chỉ định điều trị trên thực tế tương ứng với khuyến cáo điều trị theo tiêu chuẩn Kinki.

**Kết luận:** UTBMTBG giai đoạn trung gian không đồng nhất về các đặc điểm hình ảnh và chức năng gan. Chỉ định điều trị UTBMTBG trên thực tế không hoàn toàn giống với khuyến cáo của BCLC 2012. Cần phân loại chi tiết bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn trung gian theo tiêu chuẩn Kinki để tối ưu hoá chiến lược điều trị và cải thiện tiên lượng.

**Từ khóa:** ung thư biểu mô tế bào gan, cắt lớp vi tính, tiêu chuẩn Kinki, Child-Pugh.

Người liên hệ: Lê Trọng Bình. Email: letrongbinh@hueuni.edu.vn, ltbinh.cdha@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 17/05/2024. Ngày nhận phản biện: 20/05/2024. Ngày chấp nhận đăng: 07/11/2025