

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NÚT MẠCH HÓA CHẤT UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN Ở BỆNH NHÂN DƯỚI 40 TUỔI

**Image diagnostics and outcome in patients with
hepatocellular carcinoma under 40 years old treated
by chemoembolization therapy**

Nguyễn Đình Toàn, Phạm Minh Thông**, Trịnh Hà Châu****

SUMMARY

Objectives: Describe the characteristics of ultrasound images, computed tomography, angiography and results of chemoembolization in patients with HCC under 40 years old at the Radiology Center of Bach Mai Hospital.

Methods: A cross-sectional study was carried out on 25 patients with a confirmed HCC who treated chemoembolization at the Radiology Center - Bach Mai Hospital from August 2018 to August 2021.

Results: On 2-dimensional ultrasound, the majority of HCC tumors had hypoechoic and mixed sound images (72%) and increased angiogenesis on color Doppler ultrasound, reaching 68.0%. On computed tomography images, tumor density decreased 64% and increased angiogenesis 68.0%. Tumors of HCC have increased angiogenesis on angiography, reaching 92%. After treatment AFP tends to decrease in the first 6 months, then increase in the 9th month. Bilirubin tends to decrease in the first 3 months, then increase at 6 and 9 months. Tumor size tends to decrease at 1, 3 and increase at 6, 9 months. Median survival was 13 months with interquartile range [5.5 ÷ 22], the longest survival time with continued follow-up was 57 months.

Conclusion: Chemoembolization therapy is effective in reducing tumor size, bilirubin, AFP and prolonging survival time for patients under 40 years old with HCC.

Keywords: *chemoembolization therapy, hepatocellular carcinoma*

* Bệnh viện 74 Trưng vương

** Trường Đại học Y Hà Nội

*** Trung tâm Điện quang
Bệnh viện Bạch Mai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (Hepatocellular Carcinoma - HCC) là ung thư xuất phát từ tế bào gan, và là ung thư phổ biến thứ 5 trên thế giới với hơn 500.000 ca chẩn đoán mới mỗi năm. Tỷ lệ ung thư tế bào gan ở châu Á nói chung cũng như Việt Nam nói riêng cao hơn so với các nước phương Tây do nằm trong vùng dịch tễ viêm gan virus. Theo nghiên cứu tại Bệnh viện Bellevu, New York, Mỹ năm 2012 về tiên lượng lâm sàng ở bệnh nhân trẻ UTBMTBG (dưới 40 tuổi) liên quan đến virus viêm gan B trên 93 bệnh nhân được chẩn đoán HCC có 18 bệnh nhân < 40 tuổi. Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng trong các chương trình giám sát đối với HCC bệnh nhân viêm gan virus B dưới 40 tuổi, đặc biệt là những người thuộc nhóm nguy cơ cao [1], [2], [3].

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị UTBMTBG như phẫu thuật, điều trị hóa chất, xạ trị ngoài, tiêm cồn vào khối u, nút mạch và nút hóa chất (TACE: Transcatheter Arterial Chemo Embolization), đốt sóng cao tần, thuốc kháng tăng sinh mạch (Sorafenib), xạ trị chiếu trong chọn lọc (SIRT) với hạt vi cầu tải đồng vị phóng xạ Yttrium-90 (Y-90)... Phương pháp điều trị được lựa chọn hàng đầu vẫn là điều trị bằng phẫu thuật. Tuy vậy, phần lớn bệnh nhân đến viện thường không có chỉ định phẫu thuật hoặc bệnh nhân từ chối phẫu thuật. Do đó việc lựa chọn phương pháp điều trị bằng nút mạch được đặt lên hàng đầu. Đối với bệnh nhân dưới 40 tuổi trên thế giới có một số công trình nghiên cứu UTBMTBG về đặc điểm lâm sàng và điều trị. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu về kết quả điều trị ở bệnh nhân trẻ tuổi mắc UTBMTBG. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu: *“Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm, cắt lớp vi tính, chụp mạch máu và kết quả điều trị nút mạch hóa chất ở bệnh nhân UTBMTBG dưới 40 tuổi tại Trung tâm Điện quang Bệnh viện Bạch Mai”*.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTBMTBG được nút mạch hóa chất tại Trung tâm Điện quang - Bệnh viện Bạch Mai từ T8/2018 - T8/2021.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Những bệnh nhân được lựa chọn cần có các tiêu chuẩn sau:

Dưới 40 tuổi

Không có huyết khối thân tĩnh mạch cửa hoặc đảo chiều dòng chảy tĩnh mạch cửa, xơ gan giai đoạn Child-Pugh A hoặc B, tỷ lệ Prothrombin > 50%. Chẩn đoán xác định UTBMTBG theo hướng dẫn của Bộ Y tế 2012 khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau: (1) Có bằng chứng về giải phẫu bệnh-tế bào là UTBMTBG; (2) Hình ảnh điển hình trên CT scan ổ bụng có cản quang hoặc cộng hưởng từ (MRI) ổ bụng có cản từ + AFP > 400 ng/ml; (3) Hình ảnh điển hình trên CT scan ổ bụng có cản quang hoặc cộng hưởng từ (MRI) ổ bụng có cản từ và AFP tăng cao hơn bình thường (nhưng chưa đến 400ng/ml) và có nhiễm virus viêm gan B hoặc C. Có thể làm sinh thiết gan để chẩn đoán xác định nếu bác sĩ lâm sàng thấy cần thiết.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân đã được điều trị bằng các phương pháp khác như: phẫu thuật, tiêm cồn, đốt sóng cao tần. Các bệnh lý nặng khác phối hợp như suy tim, nhồi máu cơ tim, suy thận; có tiền sử dị ứng iod; xơ gan giai đoạn Child-Pugh C; bệnh nhân có UTBMTBG thể đa ổ, lan toả khắp cả gan hoặc bệnh nhân đang có sốt

Tỷ lệ Prothrombin < 45%, transaminase > 2N, huyết khối tĩnh mạch cửa,

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, thu thập số liệu hồi cứu.

2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Công cụ nghiên cứu

Máy chụp cắt lớp đa dãy, chụp mạch và tiến hành nút mạch trên máy tăng sáng tuyến hình và chụp mạch máu xoá nền (DSA) một bình diện; thuốc cản quang, hóa chất nút mạch điều trị và bộ dụng cụ can thiệp.

2.4. Phương pháp thu thập

2.4.1. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Thu thập các thông tin về tuổi, giới, các triệu chứng của bệnh nhân khi vào viện

- Các chỉ số trước nút mạch như GOT, GPT, Bilirubin, AFP, HBsAg, Anti HCV.

- Số lượng, kích thước, hình thái, vị trí của khối u, tình trạng tưới máu của khối.

- So sánh các chỉ số sinh hoá, hình ảnh trước và sau nút mạch.

2.4.2. Các bước tiến hành

Thu thập hồ sơ bệnh án lưu trữ gồm dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau thủ thuật, kết quả điều trị trong 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng sau thủ thuật, thời gian sống thêm.

Đánh giá các tai biến và biến chứng của thủ thuật như chảy máu, nhiễm trùng, sốc phản vệ...

Đánh giá kết quả điều trị như độ đáp ứng khối u theo mRECIST, đánh giá tái phát sau điều trị...

Đánh giá kết quả xa của phương pháp điều trị: thời gian sống thêm toàn bộ. Là thời gian được tính từ khi bệnh nhân được chỉ định can thiệp tới khi tử vong.

3. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

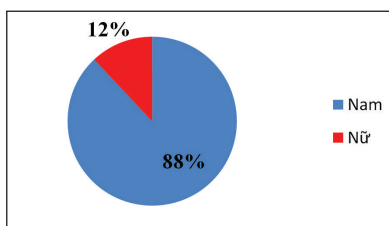
1.1. Phân bố theo tuổi

Bảng 1. Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	n	%	± SD
20 – 25	1	4.0	25
26 – 30	3	12.0	27.3 ± 0.6
31 – 35	13	52.0	33.4 ± 1.3
36 – <40	8	32.0	38.4 ± 0.9
Tổng	25	100	33.9 ± 4.1

Nhận xét: Tuổi trung bình là 33.9 tuổi. Nhóm tuổi chiếm nhiều nhất là 31- 35 tuổi, chiếm 52.0 %

1.2. Phân bố theo giới



Biểu đồ 1. Phân bố theo giới của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Đối tượng trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là nam giới (88%).

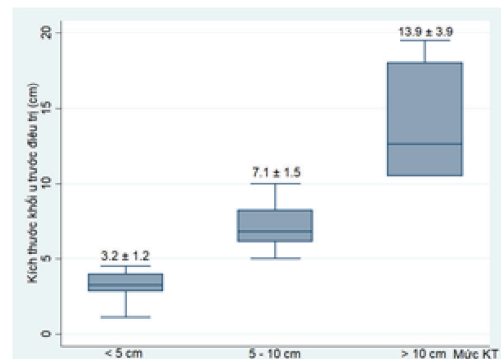
2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân UTBMTBG dưới 40 tuổi

2.1. Đặc điểm u trên chẩn đoán hình ảnh

Bảng 2. Vị trí khối u theo hạ phân thùy

HPT	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Số khối u	0	1	3	9	9	7	14	11
Tỉ lệ %	0	4,0	12,0	36,0	36,0	28,0	56,0	44,0

Nhận xét: Khối u xuất hiện chủ yếu ở gan phải, nhiều nhất ở hạ phân thùy VI, VII, VIII.



Biểu đồ 3.2. Kích thước trung bình khối u theo mức độ

Nhận xét: Phần lớn các khối u gan có kích thước lớn và rất lớn. Kích thước trên 5cm chiếm tới 76.0%.

Căn cứ theo số lượng khối u được phát hiện qua CT. Chủ yếu bệnh nhân UTBMTBG trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có một khối. U chủ yếu nằm ở gan phải, chiếm 64.0%.

2.2. Đánh giá khối u qua siêu âm hai chiều và siêu âm Doppler

Bảng 3. Cấu trúc siêu âm của UTBMTBG

Hình ảnh siêu âm	Số khối chính	Tỉ lệ %
Tăng âm	6	24.0
Giảm âm	10	40.0
Hỗn hợp âm	8	32.0
Đồng âm	1	4.0
Tổng	25	100

Nhận xét: Đa số khối u UTBMTBG có hình ảnh giảm âm và hỗn hợp âm (72%).

Bảng 4. Tỷ lệ tăng sinh mạch của khối trên siêu âm Doppler màu

Tăng sinh mạch	n	%
Có	17	68.0
Không	8	32.0
Tổng	25	100

Nhận xét: Đa số các khối u UTBMTBG có tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler màu, chiếm 68.0%

2.3. Cấu trúc vi tính

Bảng 5. Cấu trúc u trên cắt lớp vi tính

Hình ảnh siêu âm	Số khối chính	Tỉ lệ %
Tăng tỷ trọng	5	20.0
Giảm tỷ trọng	16	64.0
Hỗn hợp	3	12.0
Đồng tỷ trọng	1	4.0
Tổng	25	100

Nhận xét: Đa số các khối u giảm tỷ trọng 64%.

Bảng 6. Tỷ lệ tăng sinh mạch của khối trên cắt lớp vi tính

Tăng sinh mạch	n	%
Có	22	88.0
Không	3	12.0
Tổng	25	100

Nhận xét: Đa số các khối u UTBMTBG có tăng sinh mạch trên cắt lớp vi tính, chiếm 68.0%

2.4. Chụp mạch

Bảng 7. Tỷ lệ tăng sinh mạch trên chụp mạch

Tăng sinh mạch	n	%
Có	23	92.0
Không	1	4.0
Không xác định được	1	4.0
Tổng	25	100

Nhận xét: Đa số các khối u UTBMTBG có tăng

sinh mạch nhiều trên chụp mạch, chiếm 92%. Các khối u UTBMTBG không tăng sinh là 4.0%.

Có 01 trường hợp không xác định được do thăm dò không thấy gốc động mạch thân tạng.

Bảng 8. Tuần hoàn bàng hệ cấp máu cho u

Động mạch	Số lượng (n = 167)	Tỉ lệ %
ĐM hoành dưới	4	16.0
ĐM thận	2	8.0
ĐM vị tá tràng	0	0.0
Không có	18	72.0
Không xác định được	1	4.0
Tổng	25	100

Nhận xét: Số bệnh nhân có tuần hoàn bàng hệ đến nuôi u chiếm 24%, trong đó hay gặp nhất là động mạch hoành dưới phải.

Có 01 ca không xác định được do không tiếp cận được động mạch thân tạng.

3. Kết quả điều trị nút mạch hóa chất ở bệnh nhân UTBMTBG dưới 40 tuổi

25 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được tiến hành NHCĐMG 45 lần, trung bình 1.8 lần/bệnh nhân. Bệnh nhân có số lần điều trị nhiều nhất là 5 lần. Đa số bệnh nhân được điều trị 1 đến 3 đợt, chiếm 92%.

3.1. Biến đổi trọng lượng cơ thể sau điều trị

Bảng 9. Biến đổi trọng lượng cơ thể sau điều trị

Cân nặng	± SD	p
Trước điều trị (n=25)	57.9 ± 6.5	
Sau 1 tháng (n=17)	55.9 ± 3.6	0.271
Sau 3 tháng (n=14)	55.4 ± 4.3	0.136
Sau 6 tháng (n = 11)	54.4 ± 4.8	0.073
Sau 9 tháng (n=9)	53.5 ± 6.8	0.194

Nhận xét: Trọng lượng trung bình của nhóm nghiên cứu giảm dần sau thời gian điều trị. Tuy nhiên sự khác biệt sau 1,3,6,9 tháng so với trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với p > 0.05.

3.2. Biến đổi AFP, bilirubin, GOT, GPT

Bảng 10. Thay đổi AFP sau điều trị

	AFP		Bilirubin		GOT		GPT	
	Trung vị [25%-75%]	p	± SD	p	Trung vị [25%-75%]	p	Trung vị [25%-75%]	p
Trước điều trị (n=25)	539.6 [6.7 ÷ 5809]		12.4 ± 5.2		45.0 [38 ÷ 56]		47.0 [38 ÷ 62]	
Sau 1 tháng (n=17)	340.0 [6.8 ÷ 081.8]	0.473	11.3 ± 5.9	0.200	43.0 [38 ÷ 48]	0.572	43.0 [39 ÷ 51]	0.898
Sau 3 tháng (n=14)	325.4 [4.9 ÷ 570.0]	0.608	11.2 ± 4.4	0.703	43.5 [33 ÷ 49]	0.341	42.5 [30 ÷ 60]	0.379
Sau 6 tháng (n=11)	29.8 [7.8 ÷ 11806.8]	0.918	16.4 ± 13.9	0.618	43.0 [38 ÷ 62]	0.877		
Sau 9 tháng (n=9)	116.9 [7.8 ÷ 819.8]	0.303	15.2 ± 4.9	0.083				

Nhận xét: Sau điều trị AFP có xu hướng giảm trong 6 tháng đầu sau đó tăng lên ở tháng thứ 9. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bilirubin có xu hướng giảm trong 3 tháng đầu, sau đó tăng ở tháng thứ 6 và thứ 9. Sự khác nhau giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với P>0,05.

3.3. Biến đổi kích thước u

Bảng 11. Biến đổi kích thước khối u

Kích thước U	± SD	p
Trước điều trị (n=25)	76.1 ± 43.4	
Sau 1 tháng (n=17)	74.6 ± 31.6	0.788
Sau 3 tháng (n=14)	75.5 ± 38.9	1
Sau 6 tháng (n = 11)	94.8 ± 48.0	0.411
Sau 9 tháng (n=9)	81.1 ± 45.2	0.945

Nhận xét: Kích thước khối u có xu hướng giảm ở tháng thứ 1,3 và tăng ở tháng thứ 6,9. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê trước và sau điều trị.

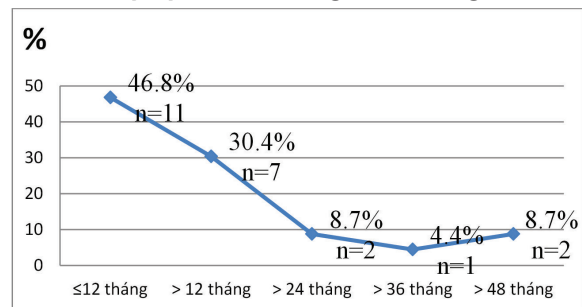
3.4. Tác dụng phụ và biến đổi sinh hóa sau thủ thuật

Bảng 12. Tác dụng phụ

Tác dụng phụ	n	%
Nôn	2	8.0
Đau bụng	18	72.0
Sốt	3	12.0
Không	6	24.0

Nhận xét: Tác dụng phụ gặp nhiều nhất là đau bụng 72.0%. Không gặp các tai biến nặng như tụt huyết áp, suy thận.

3.5. Tỷ lệ bệnh nhân sống theo thời gian



Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung vị là 13 tháng với khoảng tứ phân vị [5.5 ÷ 22], thời gian sống thêm dài nhất hiện tiếp tục theo dõi là 57 tháng.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân UTBMTBG dưới 40 tuổi

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, bệnh nhân UTBMTBG trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu có một khối u xuất hiện chủ yếu ở gan phải, gặp nhiều nhất ở hạ phân thùy VI, VII, VIII. Gan trái ít gặp hơn. Trên hình ảnh siêu âm, đa số các khối u UTBMTBG có hình ảnh giảm âm và hỗn hợp âm (72%) và có tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler màu, chiếm 68.0%. Siêu âm là phương tiện chủ yếu để đánh giá vị trí, kích thước, số lượng của khối u gan và tình trạng của tĩnh mạch cửa. Trong nghiên cứu của Nguyễn Quang Thành và cộng sự cho thấy thấy khối u nằm chủ yếu ở gan phải (90,20%), ít gặp ở gan trái (5,88%).⁴ Đa số bệnh nhân có u gan một khối (64,71%).

Trên hình ảnh CT, đa số các khối u giảm tỷ trọng 64% và có tăng sinh mạch trên cắt lớp vi tính, chiếm 68.0%. Phần lớn các khối u gan có kích thước lớn và rất lớn. Kích thước trên 5cm chiếm tới 76.0%. Kích thước khối u có thể đo kích thước u gan theo ba chiều, dựa vào diện cắt của siêu âm. Ngoài ra có thể tính thể tích tương đối của khối u. Tuy nhiên đa số các tác giả thường đánh giá kích thước khối u và tỷ lệ giảm kích thước khối u dựa vào đường kính lớn nhất và một đường kính nhỏ vuông góc trên mặt phẳng cắt trên siêu âm.

Trên kết quả chụp mạch, nhóm 1 chiếm tỉ lệ cao nhất. Không gặp nhóm 4, nhóm 5, nhóm 6. Có 01 ca thăm do không thấy gốc động mạch thân tạng do tắc mạch. Đa số các khối u UTBMTBG có tăng sinh mạch nhiều trên chụp mạch, chiếm 92%. Các khối u UTBMTBG không tăng sinh là 4.0%. Có 01 trường hợp không xác định được do thăm dò không thấy gốc động mạch thân tạng. Thông thường chụp mạch gan không được sử dụng như một xét nghiệm thường quy để chẩn đoán UTBMTBG vì đó là phương pháp thăm dò chảy máu, với trang bị đắt tiền, vì vậy thường kết hợp chỉ định với mục đích can thiệp. Trên cơ sở chụp mạch có thể xác định vị trí, kích thước, tính chất khối u, cũng như quan sát giữa các mạch máu cấp máu cho khối u, tình trạng TMC thông hay tắc hẹp. Ngoài ra chụp mạch còn được sử dụng như một khâu cuối cùng của chẩn đoán và quyết định việc điều trị [4].

2. Kết quả điều trị nút mạch hóa chất ở bệnh nhân UTBMTBG dưới 40 tuổi

Trong 25 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được tiến hành NHCĐMG 45 lần, trung bình 1.8 lần/bệnh nhân. Bệnh nhân có số lần điều trị nhiều nhất là 5 lần. Hiện nay, trên thế giới vẫn chưa thống nhất được về số lần và khoảng cách thời gian giữa các lần can thiệp nút mạch. Theo tác giả Lê Anh Tuấn và một số tác giả khác đã tiến hành 116 lần can thiệp/51 bệnh nhân. Bệnh nhân nút mạch nhiều nhất 6 lần và ít nhất 1 lần. Mỗi lần cách nhau trung bình từ 4 đến 8 tuần. Đây cũng là khoảng thời gian tái thông sau nút bằng Spongel. Việc tiến hành nút mạch lần sau phụ thuộc vào mức độ tăng sinh mạch của khối u [5].

Cân nặng trung bình của đối tượng nghiên cứu sau điều trị khác biệt so với thời điểm trước điều trị, tuy nhiên sự khác biệt sau 1, 3, 6, 9 tháng so với trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Tăng cân trên thực tế lâm sàng không đồng nghĩa với khỏi bệnh hoàn toàn. Thực tế bệnh vẫn tiến triển nhưng với thời gian chậm hơn, tăng cân thể hiện trước hết là bệnh nhân cảm giác dễ chịu hơn vì các triệu chứng thuyên giảm, ăn ngon hơn, ăn được nhiều hơn, và cảm thấy yên tâm hơn, bớt lo lắng vì được điều trị mà kết quả điều trị là những dấu hiệu mà bệnh nhân tự nhận thấy. So sánh với các tác giả khác, với các phương pháp điều trị khác cho UTBMTBG, các tác giả đều ghi nhận một tỷ lệ bệnh nhân tăng cân sau điều trị, tuy nhiên rất thay đổi theo Mai Hồng Bằng là 74,18%, [6] Đặng Thị Minh là 13,32 [7].

Sau điều trị AFP có xu hướng giảm trong 6 tháng đầu sau đó tăng lên ở tháng thứ 9. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. AFP vẫn được ghi nhận là một Marker có giá trị trong chẩn đoán và theo dõi tiến triển của UTBMTBG. Sự ghi nhận một tỷ lệ không tăng AFP ở một số bệnh nhân, do tế bào không tiết AFP đã được nhiều tác giả thừa nhận. Theo Nguyễn Quang Thành và cộng sự, các dấu hiệu lâm sàng, nồng độ AFP, và siêu âm Doppler xem tình trạng tăng sinh mạch máu trong khối u thường đi song song với nhau.

Bilirubin có xu hướng giảm trong 3 tháng đầu, sau đó tăng ở tháng thứ 6 và thứ 9. Sự khác nhau giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Sau điều trị cùng với các triệu chứng lâm sàng được cải thiện,

bệnh nhân giảm mệt mỏi, ăn được nhiều hơn, ngon hơn, tăng cân, các xét nghiệm Bilirubin, GOT, GPT của bệnh nhân có xu hướng trở về nút bình thường. Sự thay đổi mức GOT và GPT, Bilirubin đều không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ có lẽ do quá trình tiến triển đồng thời của xơ gan. Tác giả Lê Anh Tuấn và nhóm nghiên cứu về điều trị UTBMTBG cho thấy sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê. Nhận định này tương tự như kết quả thu được từ nghiên cứu của chúng tôi.^{5,8}

Kích thước khối u có xu hướng giảm ở tháng thứ 1, 3 và tăng ở tháng thứ 6, 9. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê trước và sau điều trị. Theo dõi qua thời gian 3 tháng kích thước trung bình của khối u giảm đi rõ rệt. Điều này cũng được ghi nhận ở các tác giả khác với các phương pháp điều trị khác: Tỷ lệ khối u giảm kích thước ở thời điểm 6 tháng của Mai Hồng Bằng là 71,25%, [6] Đặng Thị Minh là 36,66% [7].

Về đặc điểm tăng sinh mạch, trong các đối tượng nghiên cứu, chỉ có 1 ca không có tăng sinh mạch trên DSA và 01 ca không xác định được do không tiếp cận được động mạch thân tạng. Có thể thấy rằng tăng sinh mạch giảm xuống sau nút mạch. Nút mạch đã cắt bớt nguồn nuôi dưỡng khối u đồng thời Lipidol gắn vào tế bào ung thư đã làm giảm khả năng phát triển của khối. Ở những lượt điều trị sau, chúng tôi nhận thấy sự tăng sinh mạch càng giảm xuống. Tuy vậy, mặc dù mạch nuôi khối đã giảm xuống nhưng vẫn xảy ra hiện tượng xuất hiện thêm khối và huyết khối tĩnh mạch cửa.

Thời gian sống thêm trung vị là 13 tháng với khoảng tứ phân vị [5.5 ÷ 22] , thời gian sống thêm dài nhất hiện tiếp tục theo dõi là 57 tháng. Có 02 ca không theo dõi được. Thời gian sống thêm theo dõi được không có sự khác biệt giữa các nhóm kích thước khối u. Trong nghiên cứu của Nguyễn Quang Thành có 32/51 bệnh nhân đã tử vong, [4] thời gian sống thêm trung bình $16,7 \pm 9$ tháng. So sánh với kết quả của Đào

Văn Ninh là $11,2 \pm 7,4$ tháng ,trong đó bệnh nhân sống lâu nhất 43 tháng, không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [1].

Tỷ lệ tử vong ở nhóm kích thước u nhỏ hơn 5 cm là thấp nhất. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ sống ở nhóm có 1 khối u cao hơn ở nhóm có nhiều khối u. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.008$. Theo Nguyễn Quang Thành và cộng sự, bệnh nhân tử vong do suy gan là 46,88%, do di căn là 15,63%. Đối chiếu với tác giả Embara M, bệnh nhân tử vong do suy gan là 46,40%, do di căn ung thư là 25%. Theo Mai Hồng Bằng tử vong do suy gan là 54,55%, do di căn ung thư là 18,18% [6]. Nguyên nhân tử vong của các bệnh nhân chủ yếu là suy gan và suy kiệt.

V. KẾT LUẬN

Về đặc điểm hình ảnh, đa số bệnh nhân UTBMTBG dưới 40 tuổi có hình ảnh giảm âm và hỗn hợp âm (72%) trên siêu âm 2 chiều và có tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler màu, chiếm 68.0%. Trên hình ảnh cắt lớp vi tính, khối u giảm tỷ trọng chiếm tỷ lệ 64% và có tăng sinh mạch chiếm 68.0%. Các khối u UTBMTBG có tăng sinh mạch nhiều trên chụp mạch, chiếm 92%.

Về kết quả điều trị nút mạch hoá chất ở bệnh nhân UTBMTBG dưới 40 tuổi, sau điều trị AFP có xu hướng giảm trong 6 tháng đầu sau đó tăng lên ở tháng thứ 9. Bilirubin có xu hướng giảm trong 3 tháng đầu, sau đó tăng ở tháng thứ 6 và thứ 9. Kích thước khối u có xu hướng giảm ở tháng thứ 1,3 và tăng ở tháng thứ 6, 9. Thời gian sống thêm trung vị là 13 tháng với khoảng tứ phân vị [5.5 ÷ 22], thời gian sống thêm dài nhất hiện tiếp tục theo dõi là 57 tháng.

Vậy, điều trị nút mạch hoá chất có hiệu quả làm giảm kích thước khối u, bilirubin, AFP và kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân UTBMTBG dưới 40 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Văn Ninh. *Theo dõi kết quả điều trị ung thư gan nguyên phát bằng nút mạch hoá chất 9/2002 đến 9/2005*. Luận văn bác sĩ Chuyên khoa II; 2005.
2. Nguyễn Thị Lưu Phương. *Đánh giá kết quả bước đầu điều trị ung thư gan nguyên phát bằng phương pháp nút mạch và tiêm Doxorubicin, Cisplatin vào động mạch gan*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II; 2002.

3. Phạm Minh Thông. *Kết quả ban đầu của nút hoá chất động mạch gan trong điều trị ung thư gan nguyên phát*. Công trình nghiên cứu y học của bệnh viện Bạch Mai 1999-2000; 2004.
 4. Nguyễn Quang Thành. *Đánh giá kết quả điều trị ung thư gan nguyên phát bằng nút mạch hoá dầu tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng*. Luận văn Thạc sĩ Y học; 2014.
 5. Lê Anh Tuấn. *Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng nút hoá chất động mạch gan*. . Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú; 2003.
 6. Mai Hồng Bằng. *Nghiên cứu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp tiêm ethanol qua da vào khối u dưới sự hướng dẫn của siêu âm*. Luận án tiến sĩ Y học; 1997.
 7. Đặng Thị Minh. *Điều trị ung thư gan nguyên phát một, hai khối bằng tiêm cồn tuyệt đối vào khối u dưới hướng dẫn của siêu âm tại bệnh viện Nam Định*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II; 2001.
 8. Group d' etude et traitement du carcinome hepatocellulaire. A comparision of Lipiodol chemoembolization and conservative treatment for unresectable Hepatocellular Carcinoma. *New England Journal Medicine*. 1995;322(19):1256-1261.
-

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm, cắt lớp vi tính, chụp mạch máu và kết quả điều trị nút mạch hóa chất ở bệnh nhân UTBMTBG dưới 40 tuổi tại Trung tâm Điện quang Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 25 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTBMTBG được nút mạch hóa chất tại Trung tâm Điện quang - Bệnh viện Bạch Mai từ T8/2018 - T8/2021.

Kết quả: Đa số bệnh nhân UTBMTBG dưới 40 tuổi có hình ảnh giảm âm và hỗn hợp âm (72%) trên siêu âm 2 chiều và có tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler màu, chiếm 68.0%. Trên hình ảnh cắt lớp vi tính, khối u giảm tỷ trọng chiếm tỷ lệ 64% và có tăng sinh mạch chiếm 68.0%. Các khối u UTBMTBG có tăng sinh mạch nhiều trên chụp mạch, chiếm 92%. Sau điều trị AFP có xu hướng giảm trong 6 tháng đầu sau đó tăng lên ở tháng thứ 9. Bilirubin có xu hướng giảm trong 3 tháng đầu, sau đó tăng ở tháng thứ 6 và thứ 9. Kích thước khối u có xu hướng giảm ở tháng thứ 1,3 và tăng ở tháng thứ 6, 9. Thời gian sống thêm trung vị là 13 tháng với khoảng tứ phân vị [5.5 ÷ 22], thời gian sống thêm dài nhất hiện tiếp tục theo dõi là 57 tháng.

Kết luận: Điều trị nút mạch hóa chất có hiệu quả làm giảm kích thước khối u, bilirubin, AFP và kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân UTBMTBG.

Từ khoá: *nút mạch hóa chất, ung thư biểu mô tế bào gan*

Người liên hệ: Nguyễn Đình Toàn. Email: toancdhabv74@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.09.2021. Ngày gửi phản biênh: 27.09.2021. Ngày nhận phản biện: 29/09/2021

Ngày chấp nhận đăng: 06/10/2021