

## NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỐT SÓNG CAO TẦN TRONG MỔ

### The initial results of intraoperative radiofrequency ablation in treating hepatocellular carcinoma

*Lê Văn Khăng\**, *Nguyễn Thị Yên\*\**, *Nguyễn Thị Thu Thảo\*\**,  
*Nguyễn Thị Khoi\*\**, *Đoàn Thị Kiều Oánh\*\**, *Nguyễn Thành Khiêm\*\*\**,  
*Nguyễn Hàm Hội\*\*\**, *Vũ Đăng Lưu\**

#### SUMMARY

Intraoperative radiofrequency ablation is a new approach for the radical treatment of patients with multifocal hepatocellular carcinoma in different lobes. Originally, patients no longer indicated for radical treatment were now surgically removing the tumor in one lobe and radiofrequency ablation of other tumors in the surgery period time.

**Objectives and subjects:** A retrospective and prospective study conducted between 2020 and 2022, 09 patients with HCC with at least 2 tumors in different lobes underwent intraoperative radiofrequency ablation (IORFA) and followed-up for 3 months at Bach Mai Hospital.

**Results:** All 09 patients with 28 tumors, the number tumors from 02 to 06, each patient underwent surgery to remove 01 large tumor and radiofrequency ablation in surgery for other tumors. All patients responded completely according to mRECIST criteria, no local recurrence, relapsed or died within the first 3 months.

**Conclusion:** Intraoperative radiofrequency ablation is a new effective method approach, help to expand the indications for radical treatment for patients with multifocal hepatocellular carcinoma.

**Keywords:** *Intraoperative radiofrequency ablation, hepatocellular carcinoma.*

*\*Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh,  
Đại học Y Hà Nội*

*\*\* Trung tâm Điện quang,  
Bệnh viện Bạch Mai*

*\*\*\* Khoa Phẫu thuật tiêu hóa Gan  
Mật Tụy, Bệnh viện Bạch Mai*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMG) là bệnh ác tính phổ biến, đứng hàng đầu về tỷ lệ mắc mới và tỷ lệ tử vong trong các bệnh ung thư ở Việt Nam [1]. Phẫu thuật, ghép gan, đốt sóng cao tần là những phương pháp triệt căn hàng đầu được lựa chọn điều trị các bệnh nhân UTBMG giai đoạn sớm. Phẫu thuật là phương pháp điều trị đầu tay với các trường hợp UTBMG giai đoạn sớm có chức năng gan ổn định, với thời gian sống thêm 5 năm lên đến 50% [2]. Tuy nhiên có nhiều bệnh nhân không còn chỉ định phẫu thuật do u nhiều vị trí khác nhau, thể tích gan còn lại không đủ hoặc do mắc các bệnh lý nền. Trường hợp khối u không có khả năng phẫu thuật có kích thước  $\leq 5\text{cm}$  hoặc dưới 3 u, kích thước mỗi u  $\leq 3\text{cm}$  nên được điều trị bằng đốt sóng cao tần (DSCT). DSCT trở thành một phương pháp điều trị triệt căn hiệu quả cho những bệnh nhân giai đoạn sớm nhưng không còn khả năng phẫu thuật. DSCT trong mổ thực hiện đốt sóng u gan ngay trong quá trình phẫu thuật, giúp tiếp cận các khối u trực tiếp qua bề mặt gan. Vì vậy DSCT chính xác, dễ dàng, an toàn và hiệu quả hơn so với đi qua da thông thường. Các nghiên cứu trên thế giới mới bắt đầu tìm hiểu về sự kết hợp đốt sóng cao tần trong mổ cho những bệnh nhân có nhiều khối u ở các thùy khác nhau khi chúng ta kết hợp cắt gan cho khối u ở một thùy và phá huỷ bằng nhiệt khối u kia ở thùy khác [3], [4]. Việc kết hợp này làm tăng tỷ lệ bệnh nhân được điều trị triệt căn, giảm các biến chứng do phẫu thuật cắt gan nặng nề nhưng vẫn đảm bảo tỷ lệ sống thêm sau 5 năm và thời gian sống thêm không bệnh tương đương với phương pháp phẫu thuật đơn thuần [3].

Hiện nay ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu cụ thể nào về phương pháp đốt sóng cao tần trong mổ do đó chúng tôi thực hiện đề tài để xác định kết quả bước đầu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp đốt sóng cao tần trong mổ tại bệnh viện Bạch Mai.

## II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng

- Các bệnh nhân được chẩn đoán UTBMG điều trị bằng phương pháp đốt sóng cao tần trong mổ tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2020 đến tháng 7/2022.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: các bệnh nhân chẩn đoán UTBMG theo tiêu chuẩn Bộ y tế 2020<sup>5</sup> có ít nhất hai khối u ở các thùy khác nhau, được phẫu thuật và đốt sóng cao tần trong mổ, theo dõi trong vòng 3 tháng sau điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đi tái khám hoặc mất liên lạc

## 2. Phương pháp nghiên cứu

### Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu

- Đánh giá bệnh nhân trước và sau mổ: xét nghiệm cận lâm sàng, hình ảnh siêu âm trong mổ và CLVT gan mật có tiêm thuốc cản quang trước mổ và trong vòng 3 tháng sau mổ về số lượng, vị trí, tính chất ngấm thuốc của khối u, đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn mRECIST.

### Xử lý và phân tích số liệu

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 theo phương pháp thống kê y học.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

- Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 9 bệnh nhân (BN) với 7 BN nam (77,8%) và 2 BN nữ (22,2%). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân 53.67 tuổi, trong đó người trẻ nhất là 33 tuổi, người lớn tuổi nhất là 76 tuổi.

- Cả 9 BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán UTBMG theo hướng dẫn của BHYT 2020<sup>5</sup>, trong đó có 03 BN có hình ảnh điển hình của UTBMG trên phim CLVT gan mật có tiêm thuốc, nồng độ AFP dưới 20ng/ml và được sinh thiết mô bệnh học khẳng định chẩn đoán; 06 bệnh nhân có hình ảnh điển hình, có nồng độ AFP lớn hơn 20ng/ml và trong đó 05 BN nhiễm HBV, 01 BN nhiễm HCV. Tất cả BN đều có giai đoạn xơ gan Child-Pugh A. Trong đó, 06 BN phát hiện lần đầu tiên, 03 BN đã được chẩn đoán UTBMG và được điều trị trước đó (01 BN điều trị nút mạch hóa chất u gan - TACE, 02 BN điều trị phẫu thuật, sau đó nút mạch hóa chất và đốt sóng cao tần u gan)

- Xét nghiệm AFP trước điều trị:

**Bảng 1. Phân nhóm bệnh nhân theo nồng độ AFP trước điều trị**

		Số BN (n=9)	Tỷ lệ %
Nồng độ AFP	<20	3	33.3
	20 đến <400	4	44.5
	>=400	2	22.2
	Tổng	9	100.0

**Nhận xét:** Nồng độ AFP trung bình là 595.84 (ng/ml), nồng độ thấp nhất là 4.6 ng/ml và cao nhất là 2340.5 ng/ml. Trong đó, có 3 BN có nồng độ AFP <20 ng/ml (chiếm 33.3%), 4 BN có nồng độ AFP từ 20ng/ml đến dưới 400 ng/ml (chiếm 44.5%) và 2 BN có nồng độ AFP ≥ 400ng/ml (chiếm 22.2%).

**2. Đặc điểm u gan trước điều trị**

**2.1. Đặc điểm chung**

**Bảng 2. Số u gan của nhóm BN nghiên cứu**

		Số lượng BN (n=9)	Tỷ lệ %
Số u gan	2.0	3	33.3
	3.0	4	44.5
	4.0	1	11.1
	6.0	1	11.1

**Nhận xét:** Trong 09 BN, có 03 BN có 02 khối u gan (chiếm 33.3%), 04 BN có 03 khối u gan (chiếm 44.5%), 01 BN có 04 khối u gan (chiếm 11.1%) và 01 BN có 06 khối u gan (chiếm 11.1%). Trong đó, cả 9 BN đều được phẫu thuật cắt khối u lớn nhất, còn các khối u còn lại được tiến hành điều trị đốt sóng cao tần trong mổ.

- Tất cả 09 bệnh nhân có tổng số khối u là 28 khối, trong đó có 22 khối u phát hiện bằng phim chụp CLVT gan mật có tiêm trước mổ, tất cả 28 khối u được phát hiện bằng siêu âm trong mổ. Do vậy siêu âm trong mổ phát hiện thêm 06 khối u so với CLVT gan mật có tiêm trước mổ ở 03 bệnh nhân, 01 BN phát hiện thêm 01 khối, 01 BN phát hiện thêm 02 khối và 01 BN phát hiện thêm 03 khối.

**Bảng 3. Số khối u phát hiện trên CLVT có tiêm trước mổ và siêu âm trong mổ**

		CLVT trước mổ	Siêu âm trong mổ	Chênh lệch
Số khối u	BN 01	2	3	1
	BN 02	3	6	3
	BN 03	3	3	0
	BN 04	2	4	2
	BN 05	2	2	0
	BN 06	2	2	0
	BN 07	3	3	0
	BN 08	3	3	0
	BN 09	2	2	0
	Tổng	22	28	6

**Đặc điểm các khối u phẫu thuật (09 khối)**

- Các khối u được phẫu thuật có kích thước trung bình là 54.89 mm, trong đó khối u có kích thước nhỏ nhất là 27mm, khối u có kích thước lớn nhất là 110mm.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ của các khối u sau phẫu thuật tất cả đều là ung thư biểu mô tế bào gan.

- Không có bệnh nhân nào suy gan sau mổ.

**Bảng 4. Cách thức phẫu thuật u gan**

		Số khối u (n=9)	Tỷ lệ %
Phương pháp phẫu thuật	Cắt u	2	22.2
	Cắt 01 HPT	5	55.6
	Cắt 02 HPT	1	11.1
	Cắt thùy gan	1	11.1
	Tổng	9	100.0

**Đặc điểm khối u đốt sóng cao tần trong mổ**

**Bảng 5. Số u gan đốt sóng cao tần trong mổ**

		Số lượng BN (n=9)	Tỷ lệ %
Số u gan	1.0	3	33.33
	2.0	4	44.45
	3.0	1	11.11
	5.0	1	11.11

**Nhận xét:** trong 09 BN, có 03 BN được đốt sóng cao tần 01 khối trong mổ (chiếm 33.33%), 04 BN được đốt sóng cao tần 02 khối trong mổ (44.45%), có 01 BN được đốt sóng cao tần 03 khối và 01 BN được đốt sóng cao tần 05 khối (đều chiếm 11.11%). Tổng số khối u được đốt sóng cao tần trong mổ là 19 khối.

- Các khối u được đốt sóng cao tần trong mổ có kích thước trung bình là 15mm, trong đó kích thước u lớn nhất là 21mm và kích thước u nhỏ nhất là 9.5mm. Các khối u được đốt sóng cao tần đều có vị trí khác hạ phân thùy so với khối u phẫu thuật.

- Có 01 BN có khối u cạnh tĩnh mạch gan phải đã được phối hợp kẹp mạch máu trong quá trình đốt sóng cao tần trong mổ.

**3. Đặc điểm của khối u sau điều trị**

**Bảng 6. Tính chất ngấm thuốc của khối u đốt sóng cao tần trong mổ sau điều trị**

	Kích thước khối u	Kích thước diện hoại tử	Mức độ ngấm thuốc sau can thiệp %
BN 01	9.5	35	0
BN 02	9.8	31.8	0
BN 03	17.5	22	0
BN 04	10.7	20	0
BN 05	21	43	0
BN 06	18.5	32.5	0
BN 07	12	21	0
BN 08	20	26.4	0
BN 09	20	30.5	0

Tất cả 09 bệnh nhân đều được chụp CLVT gan mật có tiêm thuốc trong vòng 3 tháng sau điều trị và kết quả cho thấy diện hoại tử bao trùm toàn bộ khối u, không còn phần ngấm thuốc. Như vậy, tất cả các khối u đáp ứng hoàn toàn sau mổ theo tiêu chuẩn mRECIST [6] của Hiệp hội Gan mật châu Âu (EASL).

- Không có bệnh nhân nào của chúng tôi tái phát, xuất hiện nốt mới hay tử vong trong vòng 3 tháng đầu sau điều trị.

**IV. BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu**

- Trong nghiên cứu 09 bệnh nhân của chúng tôi có độ tuổi từ 33 đến 76 tuổi, tuổi trung bình là 53.67 tuổi, phù hợp với một số nghiên cứu khác, UTBMG hay gặp ở người lớn trung niên 45 đến 65 tuổi [7].

- Ung thư gan gặp chủ yếu ở nam giới, như theo nghiên cứu của chúng tôi có tổng số 09 BN trong đó có 07 BN là nam giới, chiếm gần 80%, có kết quả tương đồng với các nghiên cứu khác. Điều này có thể được giải thích là do một số yếu tố nguy cơ gây xơ gan như viêm gan B, nghiện rượu chủ yếu ở nam giới [7].

- Trong số 09 BN nghiên cứu, có 03 BN có nồng độ AFP nằm trong giới hạn bình thường (<20 ng/ml) chiếm 33.3%, có 06 BN tăng nồng độ AFP trên 20ng/ml trong đó 2 bệnh nhân có giá trị AFP cao trên 400ng/ml. Một số nghiên cứu chỉ ra AFP không phải là xét nghiệm nhạy để chẩn đoán UTBMG. Có khoảng 30% các bệnh nhân UTBMG có AFP nằm trong giới hạn bình thường tại thời điểm chẩn đoán, thậm chí là khi UTBMG đã tiến triển. Khi nồng độ AFP > 400 – 500 ng/ml, có thể nghĩ đến chẩn đoán UTBMG. Với giá trị này, độ đặc hiệu lên đến hơn 90% nhưng độ nhạy thường thấp khoảng 50% [8].

**2. Đặc điểm của khối u trước điều trị**

- Tất cả 09 BN trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều có ít nhất 02 khối u trở lên, vị trí ở các hạ phân thùy khác nhau, tất cả các bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt 01 khối u và đốt sóng cao tần u gan trong mổ các khối u còn lại.

- Kích thước trung bình của các khối u được phẫu thuật là 54.89 mm, trong đó khối u nhỏ nhất có kích thước 27 mm, khối u lớn nhất có kích thước 110mm.

- Kích thước u đốt sóng cao tần trong mổ trung bình là 15mm, trong đó u lớn nhất kích thước 21mm, u nhỏ nhất kích thước 9.5mm. Các nốt được đốt sóng cao tần đều có vị trí khác hạ phân thùy so với khối u phẫu thuật.

- Như vậy, các bệnh nhân của chúng tôi được xếp nhóm giai đoạn trung gian theo Barcelona và phương pháp điều trị được khuyến cáo là nút mạch hóa chất và

đây được coi là phương pháp điều trị hỗ trợ [9]. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy bệnh nhân dù có nhiều khối u ở các phân thùy khác nhau vẫn có cơ hội được điều trị triệt căn nếu chúng ta phối hợp phẫu thuật khối u kích thước lớn nhất và đốt sóng cao tần u gan các khối u ở các hạ phân thùy khác, điều này sẽ đảm bảo bệnh nhân có đủ thể tích gan còn lại sau mổ và các khối u vẫn được điều trị triệt căn.

- Có nhiều tác giả cũng đã dụng biện pháp điều trị phối hợp này và đạt được kết quả tốt. Nghiên cứu của Jung Yeon Lee [4] trong 4 năm, tác giả áp dụng đốt sóng cao tần trong mổ (IORFA) cho 20 bệnh nhân trên tổng số 112 bệnh nhân UTBMG nghiên cứu cho thấy IORFA giúp mở rộng chỉ định phẫu thuật điều trị triệt căn, tiếp cận khối u gan chính xác và hiệu quả hơn so với đốt sóng cao tần qua da, tránh làm ảnh hưởng đến các phần gan lành khác, đồng thời đây là cách tiếp cận ít chấn thương gan nhất, giúp các khối u nhỏ được điều trị triệt căn tránh phẫu thuật cắt gan quá lớn. Theo nghiên cứu hồi cứu của Tan To Cheung [3] trên 200 bệnh nhân UTBMG, tác giả phân thành hai nhóm, nhóm 1 gồm 19 bệnh nhân IORFA và 54 bệnh nhân phẫu thuật đơn thuần, tương đồng với nhau về số lượng và kích thước khối u thấy rằng IORFA là phương pháp an toàn và hiệu quả, đồng thời mở rộng chỉ định phẫu thuật. Nghiên cứu chỉ ra rất nguy hiểm khi cố gắng cắt gan lớn để loại bỏ toàn bộ khối u khi thể tích gan còn lại không đủ và khối u gan khó tiếp cận trong phẫu thuật. Khi đó đốt sóng cao tần trong mổ giúp tiêu diệt khối u một cách phù hợp, giảm thể tích gan mất đi và cải thiện tỷ lệ phục hồi sau mổ. Phương pháp này mang lại hi vọng mới cho bệnh nhân có nhiều khối u không thể cắt bỏ hoặc thể tích gan không đủ có thể được điều trị triệt căn.

- Trong 09 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, chỉ 01 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan phải do khối u gan phải quá lớn chiếm gần toàn bộ nhu mô gan, hai nốt gan trái được đốt sóng cao tần triệt căn hoàn toàn; có 01 bệnh nhân được cắt hạ phân thùy 5 và 6 do khối u nằm ở ranh giới cả hai hạ phân thùy, 05 nốt còn lại được đốt sóng cao tần trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 02 BN được phẫu thuật cắt đơn thuần khối u gan, bảo tồn tối đa thể tích u gan còn lại sau phẫu thuật.

- Chúng tôi nhận thấy siêu âm trong mổ là phương pháp hữu hiệu giúp phát hiện và đánh giá hình ảnh các nốt u gan tốt hơn so với siêu âm qua đường bụng và cắt lớp vi tính trước mổ. Bằng chứng là thông qua siêu âm trong mổ, chúng tôi phát hiện được tổng số khối là 28, nhiều hơn so với siêu âm thông thường và trên phim chụp CLVT gan mật có tiêm trước điều trị chỉ có 22 khối. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Có sự khác biệt này nguyên nhân chính là do trong quá trình siêu âm trong mổ, đầu dò được đặt sát vào bề mặt gan, hình ảnh tương phản giữa các nốt và nhu mô gan lành rõ nét hơn, phát hiện các nốt rất nhỏ có thể bị bỏ sót trên phim chụp. Hơn nữa khi siêu âm trong mổ, chúng tôi hoàn toàn có thể tiếp cận mọi hướng để siêu âm mà không bị vướng hơi của các quai ruột trong ổ bụng hay xương sườn như cách tiếp cận qua đường bụng.

- Trong quá trình đốt sóng cao tần, một yếu tố lớn ảnh hưởng đến hiệu quả của quá trình DSCT là hiệu ứng tản nhiệt (heat –sink effect). Khi u nằm gần mạch máu lớn, hiệu ứng tản nhiệt xảy ra làm nhiệt lượng của kim đốt giảm đi do dòng chảy của mạch máu luân chuyển nhiệt đi các nơi khác, giảm nhiệt độ đốt của kim lên khối u, khiến vùng hoại tử nhỏ lại với hình dạng bất thường và tăng thời gian đốt. Nhưng trong quá trình đốt sóng cao tần trong mổ, chúng tôi có thể loại bỏ ảnh hưởng của yếu tố này bằng cách kẹp tạm thời mạch máu lớn lân cận khối u, nhờ đó nâng cao hiệu quả và giảm thời gian đốt sóng so với DSCT thông thường.

### **3. Đặc điểm của khối u sau điều trị**

- Ngay sau quá trình điều trị, không có bệnh nhân nào bị suy gan sau mổ. Điều này đã được dự báo từ trước khi đánh giá thể tích gan còn lại sau mổ đủ đảm bảo chức năng mới tiến hành phẫu thuật và DSCT trong mổ.

- Tất cả 09 BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều được theo dõi và kiểm tra ít nhất trong vòng 3 tháng đầu sau điều trị bằng chụp CLVT hoặc MRI có tiêm thuốc. Kết quả chỉ ra rằng, tất cả các bệnh nhân đều đáp ứng hoàn toàn theo tiêu chuẩn mRECIST<sup>®</sup>.

- Không có bệnh nhân nào xuất hiện nốt mới, tái phát sau điều trị hay tử vong trong vòng 3 tháng đầu sau điều trị.

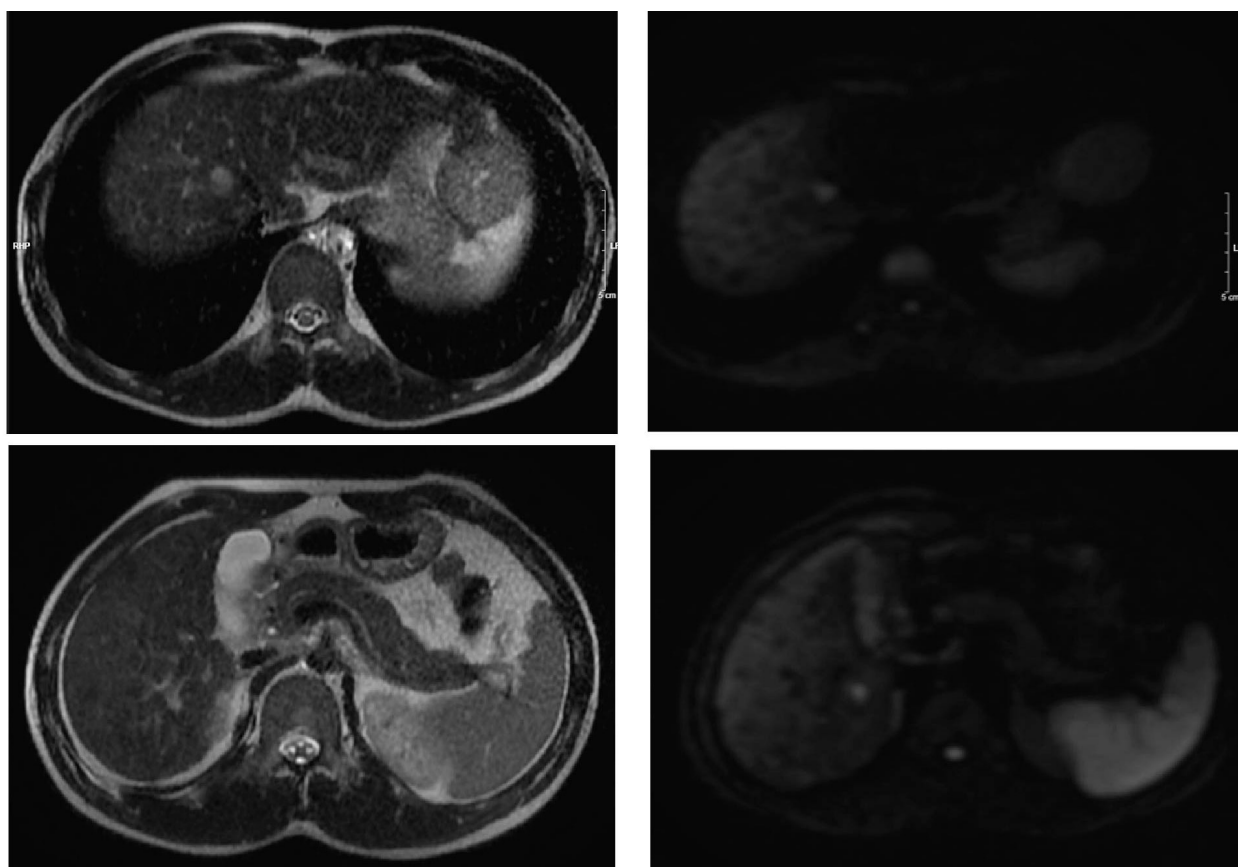
### V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

- Đốt sóng cao tần trong mỡ (IORFA) là phương pháp tiếp cận mới kết hợp đốt sóng cao tần các u gan ngay trong quá trình phẫu thuật cắt khối u ở hạ phân thùy khác, giúp các bệnh nhân có nhiều khối u ở các phân thùy khác nhau được điều trị triệt căn. Phương pháp này bước đầu cho thấy lợi ích và hiệu quả, tất cả các bệnh nhân nghiên cứu không có suy gan sau điều trị, đáp ứng hoàn toàn trong vòng 3 tháng đầu sau điều trị. Siêu âm trong mỡ là công cụ hữu ích, có thể giúp phát hiện tốt các khối u kích thước nhỏ và không quan sát thấy trên phim chụp CLVT gan mật có tiêm trước đó.

- Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá bệnh nhân trong vòng 3 tháng sau điều trị, do đó kết quả là những mô tả và nhận xét bước đầu, cần thiết phải có những nghiên cứu dài hơn đánh giá hiệu quả trung hạn và dài

hạn để thấy rõ hơn hiệu quả của phương pháp này.

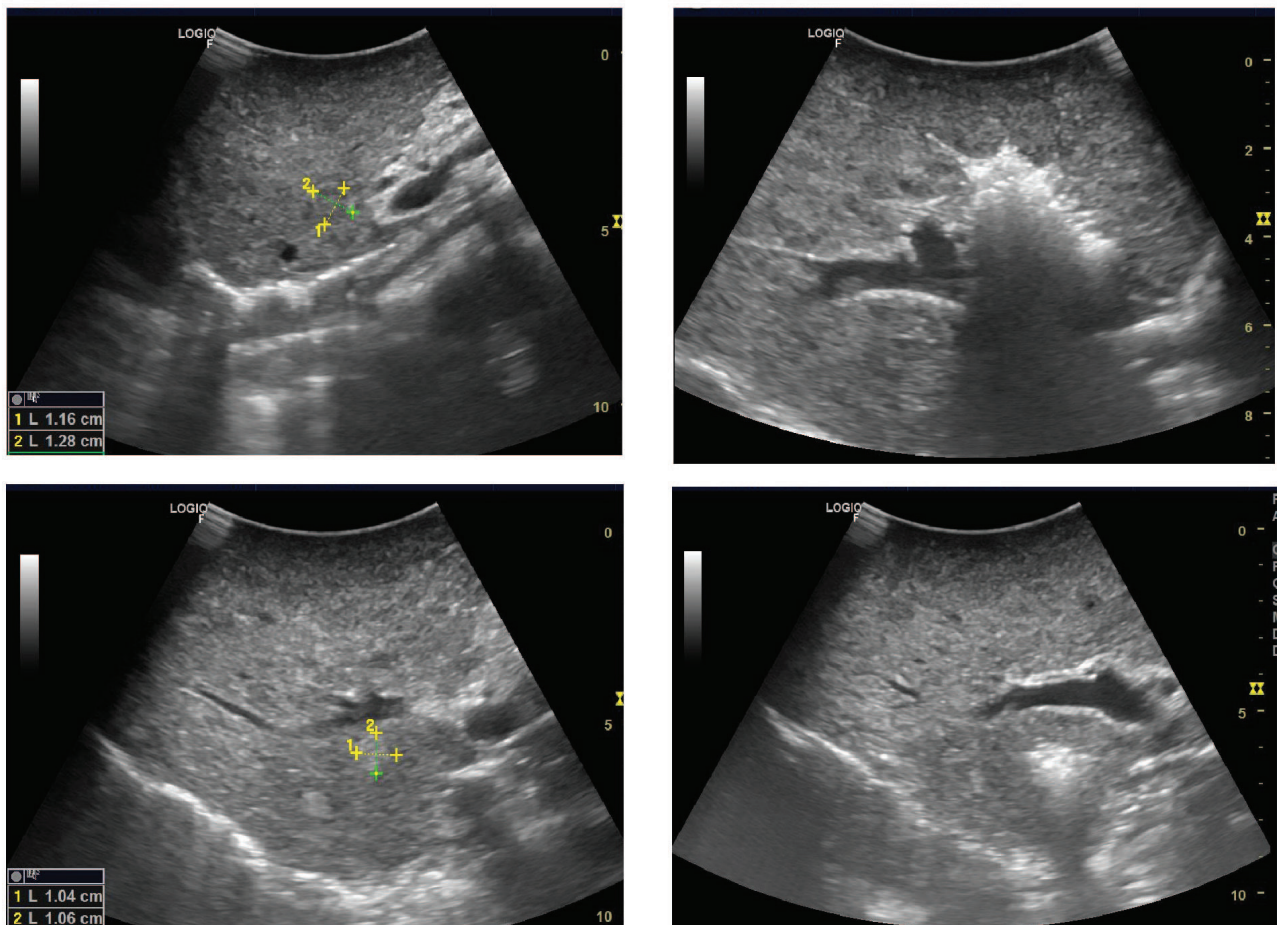
Nhân một trường hợp, bệnh nhân nam Nguyễn Hữu C. 33 tuổi, tiền sử viêm gan B nhiều năm chưa điều trị, đi khám vô tình phát hiện u gan. Trên phim MRI gan mật có tiêm thấy 03 khối u hạ phân thùy 3, 5 và 8 có tính chất HCC điển hình, ngấm thuốc thì động mạch và thải thuốc thì tĩnh mạch cửa, thì muộn, BN có nồng độ AFP 283.43ng/ml, xơ gan Child-Pugh A. Sau hội chẩn đa chuyên khoa, tiến hành phẫu thuật cắt khối u gan hạ phân thùy 3 và đốt sóng cao tần trong mỡ khối hạ phân thùy 5 và 8. BN đi khám kiểm tra và được chụp phim CLVT gan mật có tiêm sau đốt 1 tháng, 3 tháng, 4 tháng thấy đáp ứng hoàn toàn theo tiêu chuẩn mRECIST, nồng độ AFP giảm 62ng/ml. Hiện tại bệnh nhân vẫn được theo dõi, sau 21 tháng hiện không thấy tổn thương tái phát, thứ phát.



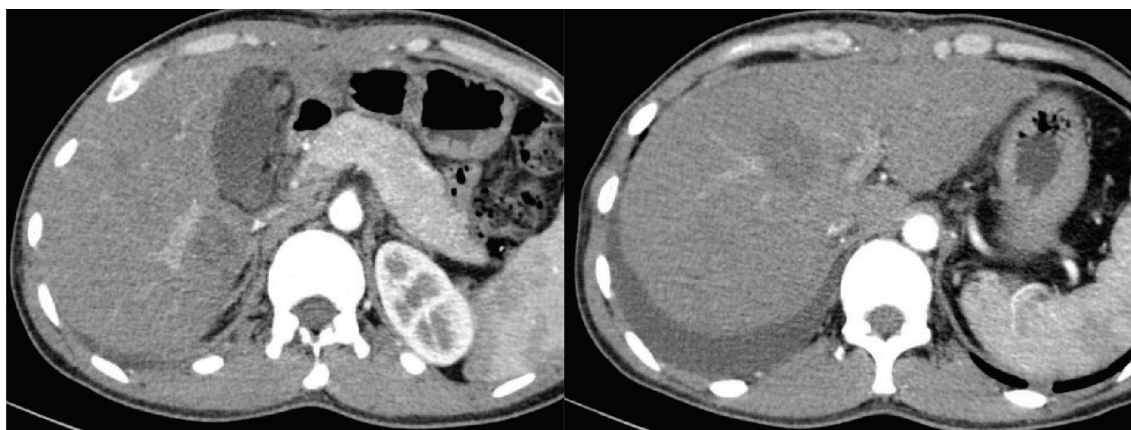
Hình 1. Hình ảnh các khối u gan hạ phân thùy 3,5,8 trước điều trị



Hình 2. Hình ảnh đại thể khối u gan hạ phân thùy 3 sau phẫu thuật



Hình 3: Hình ảnh siêu âm trong mỡ các khối hạ phân thùy 5 và 8 trước và sau đốt sóng cao tần trong mỡ



Hình 4: Hình ảnh CLVT có tiêm thuốc các khối u gan hạ phân thùy 5 và 8 sau điều trị 3 tháng, không thấy ngấm thuốc

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Globocan 2020. Accessed September 8, 2022.
2. Belghiti J, Kianmanesh R. Surgical treatment of hepatocellular carcinoma. *HPB (Oxford)*. 2005;7(1):42-49. doi:10.1080/13651820410024067
3. Cheung TT, Ng KK, Chok KS, et al. Combined resection and radiofrequency ablation for multifocal hepatocellular carcinoma: Prognosis and outcomes. *World J Gastroenterol*. 2010;16(24):3056-3062. doi:10.3748/wjg.v16.i24.3056
4. Lee JY, Kim YH, Roh YH, et al. Intraoperative radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma in 112 patients with cirrhosis: a surgeon's view. *Ann Surg Treat Res*. 2016;90(3):147-156. doi:10.4174/astr.2016.90.3.147
5. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan 2020.
6. Lencioni R. Modified RECIST (mRECIST) Assessment for Hepatocellular Carcinoma. *SEMINARS IN LIVER DISEASE*. 2010;30(1):9.
7. Mittal S, Kramer JR, Omino R, et al. Role of Age and Race in the Risk of Hepatocellular Carcinoma in Veterans With Hepatitis B Virus Infection. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018;16(2):252-259. doi:10.1016/j.cgh.2017.08.042
8. Đặng Trung Thành. Nghiên cứu giá trị cận lâm sàng trong tiên lượng và theo dõi hiệu quả điều trị ung thư gan nút mạch hóa chất kết hợp đốt sóng cao tần.
9. Heimbach JK, Kulik LM, Finn RS, et al. AASLD guidelines for the treatment of hepatocellular carcinoma: Heimbach et al. *Hepatology*. 2018;67(1):358-380. doi:10.1002/hep.29086

#### TÓM TẮT

Đốt sóng cao tần trong mổ là một phương pháp tiếp cận mới điều trị triệt căn bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan nhiều khối ở các thùy khác nhau. Với các bệnh nhân không còn chỉ định điều trị triệt căn nay được phẫu thuật cắt khối u ở một thùy và đốt sóng cao tần các khối u còn lại ngay trong mổ.



**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiên cứu thực hiện từ năm 2020 đến 2022, 09 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan có ít nhất 2 khối u ở các thùy khác nhau, được đốt sóng cao tần trong mổ và theo dõi trong vòng 3 tháng đầu sau điều trị tại bệnh viện Bạch Mai.

**Kết quả:** Tất cả 09 bệnh nhân với tổng số 28 khối u, số khối u từ 02 đến 06 khối, mỗi bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt 01 khối u kích thước lớn và đốt sóng cao tần trong mổ các khối u còn lại. Tất cả các bệnh nhân đều đáp ứng hoàn toàn theo tiêu chuẩn mRECIST, không có bệnh nhân nào xuất hiện nốt mới, tái phát sau điều trị hay tử vong trong vòng 3 tháng đầu.

**Kết luận:** Đốt sóng cao tần trong mổ là phương pháp tiếp cận mới và hiệu quả, giúp mở rộng thêm chỉ định điều trị triệt căn cho các bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan nhiều khối.

**Từ khóa:** *đốt sóng cao tần trong mổ, ung thư biểu mô tế bào gan*

---

Người liên hệ: Nguyễn Thị Yến. Email: dryennguyen.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/9/2022. Ngày gửi phản biện: 3/10/2022 .

Ngày nhận phản biện: 5/10/2022. Ngày chấp nhận đăng: 12/1/2023