

- study. *Int J Colorectal Dis.* 2021;36(11):2411-2418. doi:10.1007/S00384-021-03873-2
5. **Hugen N, van de Velde CJH, de Wilt JHW, Nagtegaal ID.** Metastatic pattern in colorectal cancer is strongly influenced by histological subtype. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* 2014;25(3):651-657. doi:10.1093/annonc/mdt591
  6. **Benson AB, Al-Hawary MM, Azad N, et al.** NCCN Guidelines Version 1.2022 Colon Cancer Continue NCCN Guidelines Panel Disclosures. 2022.
  7. **Cassidy J, Clarke S, Diaz-Rubio E, et al.** XELOX vs FOLFOX-4 as first-line therapy for metastatic colorectal cancer: NO16966 updated results. *Br J Cancer.* 2011;105(1):58. doi:10.1038/BJC.2011.201
  8. **Cancer survival by stage at diagnosis for England, 2019.** Office for National Statistics. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/cancersurvivalinengland/stageatdiagnosisandchildhoodpatientsfollowedupto2018#international-comparisons> Accessed Mar 29 2023.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Huỳnh Thanh Long<sup>1</sup>, Nguyễn Mạnh Khiêm<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) (hepatocellular carcinoma - HCC) là một bệnh lý ác tính có tần suất mắc bệnh cao ở thời điểm hiện tại. Bệnh viện Nguyễn Tri Phương đã triển khai phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư gan từ năm 2010. Tuy vậy, chưa có nghiên cứu báo cáo tổng kết về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng những trường hợp cắt gan tại đây. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân (BN) đã được chẩn đoán là UTBMTBG đã được cắt gan tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 06/2015 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** Có 48 bệnh nhân đã được chẩn đoán là UTBMTBG và được cắt gan tại khoa Ngoại Tổng hợp bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 06/2015 đến tháng 06/2022 với các đặc điểm: tỷ lệ nam/nữ là 3/1; trung bình 55,2 ± 10,2 tuổi, tiền sử viêm gan siêu vi B và C chiếm 75,0%; triệu chứng lâm sàng nổi bật là gầy sút (50%), chán ăn (70,8%), đau bụng (79,2%). Đa phần các trường hợp có AFP > 400 ng/ml (68,8%); 100% các bệnh nhân thuộc Child-Pugh A. Kích thước u trung bình trên siêu âm là 4,9 ± 1,7 cm, MSCT là 5,1 ± 1,8 cm. **Kết luận:** UTBMTBG gặp ở nam nhiều hơn nữ với các triệu chứng thường gặp gồm đau bụng, mệt mỏi, chán ăn, sụt cân. Phẫu thuật cắt gan được chỉ định với các trường hợp đánh giá chức năng gan Child Pugh A.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, cắt gan, lâm sàng, cận lâm sàng

### SUMMARY

**CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF LIVER CANCER PATIENTS AT NGUYỄN TRI PHUONG HOSPITAL**  
**Background:** Hepatocellular carcinoma (HCC) is a malignant disease with a high incidence at present.

<sup>1</sup>Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thanh Long

Email: bs.huynhlong1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2023

Ngày duyệt bài: 16.6.2023

Nguyen Tri Phuong Hospital has performed hepatectomy for liver cancer since 2010. However, there has been no research report summarizing the clinical and subclinical characteristics of liver resection cases here. **Subjects and methods:** Retrospective study of patients (patients) diagnosed with HCC who underwent liver resection at Nguyen Tri Phuong Hospital from June 2015 to June 2022. **Results:** 48 patients were diagnosed with HCC and underwent liver resection at the General Surgery Department of Nguyen Tri Phuong hospital from June 2015 to June 2022 with the following characteristics: male/female ratio is 3/ first; average 55.2 ± 10.2 years old, history of hepatitis B and C accounted for 75.0%; prominent clinical symptoms are weight loss (50%), anorexia (70.8%), abdominal pain (79.2%). Most of the cases had AFP > 400 ng/ml (68.8%); 100% of the patients belonged to Child-Pugh A. The mean tumor size on ultrasound was 4.9 ± 1.7 cm, MSCT scan was 5.1 ± 1.8 cm. **Conclusion:** SCC is more common in men than women with common symptoms including abdominal pain, fatigue, anorexia, and weight loss. Liver resection is indicated in cases of Child-Pugh A liver function assessment.

**Keywords:** Hepatocellular carcinoma, liver resection, clinical, subclinical

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) (hepatocellular carcinoma - HCC) chiếm tỉ lệ lớn 89% trong Ung thư gan nguyên phát, là một bệnh lý ác tính có tần suất mắc bệnh cao ở thời điểm hiện tại.

Tại Việt Nam, theo thống kê mới nhất năm 2020 của Trung tâm Quốc tế Nghiên cứu Ung thư (IARC) - Tổ chức Y tế Thế Giới (WHO) cũng cho thấy UTG là một bệnh lý ác tính rất phổ biến.

Ngày nay, điều trị triệt căn ung thư biểu mô tế bào gan bao gồm phẫu thuật cắt bỏ khối u gan, ghép gan, hay hủy u bằng liệu pháp tại chỗ... Tuy nhiên, hiện tại ở Việt Nam các phương pháp trên vẫn còn nhiều khó khăn hoặc còn đang

trong giai đoạn phát triển và có nhiều hạn chế khi điều trị u gan có kích thước lớn hoặc đa ổ. Vì vậy, phẫu thuật cắt gan vẫn được đánh giá là phương pháp điều trị cơ bản và thông dụng nhất.

Bệnh viện Nguyễn Tri Phương là một trong những bệnh viện lớn thuộc tuyến đầu tại Thành phố Hồ Chí Minh đã triển khai phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư gan từ năm 2010. Từ năm 2014 đến nay, tại đơn vị Gan – Mật – Tụy, khoa Ngoại Tổng hợp – Bệnh viện Nguyễn Tri Phương đã hoàn thiện quy trình phẫu thuật cắt gan theo hướng dẫn của Bộ Y tế<sup>1</sup>, tiến hành điều trị ung thư gan cho nhiều trường hợp, đa phần là UTBMTBG. Tuy vậy, chưa có nghiên cứu báo cáo tổng kết đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng những trường hợp cắt gan tại đây. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được cắt gan tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương” với hai mục tiêu sau:

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân UTBMTBG có chỉ định cắt gan.*

- *Mô tả đặc điểm cận lâm sàng các bệnh nhân UTBMTBG có chỉ định cắt gan.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu các trường hợp (TH) đã được chẩn đoán là UTBMTBG đã được cắt gan tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 06/2015 đến tháng 06/2022 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** - Bệnh nhân >15 tuổi

- Có chỉ định mổ cắt gan theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị UTBMTBG” của Bộ Y tế.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là UTBMTBG.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân hiện mắc kèm 1 bệnh ung thư khác hoặc ung thư di căn.

- Có huyết khối tĩnh mạch cửa.

- Xơ gan Child-Pugh C

**2.2. Phương pháp tiến hành:** Hồi cứu qua hồ sơ cũ của các đối tượng nghiên cứu và lập bệnh án nghiên cứu ghi nhận biến số:

- Đặc điểm lâm sàng UTBMTBG : Tuổi, giới tính, thói quen nghiện rượu, triệu chứng lâm sàng (đau bụng, mệt mỏi, vàng da, sụt cân), tiền sử bệnh (viêm gan siêu vi B, C)

- Đặc điểm cận lâm sàng : AFP, chụp cắt lớp vi tính (MSCT) có cản quang (hình ảnh điển hình: (các) khối u bắt thuốc trên thì ĐM gan và thải thuốc (wash-out) trên thì TM cửa hay thì chập), đánh giá Child-Pugh.

- *Xử lý số liệu* bằng phần mềm SPSS 26.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 48 TH đã được chẩn đoán là UTBMTBG và được cắt gan tại khoa Ngoại Tổng hợp bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 06/2015 đến tháng 06/2022.

Khi nghiên cứu trên các bệnh nhân, chúng tôi có những nhận xét và kết quả như sau:

### Đặc điểm lâm sàng chẩn đoán UTBMTBG

**Giới tính:** có 36 nam (75%), 12 nữ (25%). Tỷ lệ nam/nữ là 3/1.

**Tuổi:** nhỏ nhất là 28 tuổi, lớn nhất là 71 tuổi, trung bình  $55,2 \pm 10,2$  tuổi

**Tiền căn:**

**Bảng 1. Tiền căn (n = 48)**

Tiền căn	Số BN	Tỷ lệ (%)
<b>Bệnh lý</b>		
Viêm gan siêu vi B	26	54,2
Viêm gan siêu vi C	10	20,8
Phẫu thuật vùng bụng	3	6,3
<b>Thói quen sinh hoạt</b>		
Nghiện rượu	12	25,0
Hút thuốc lá	21	43,8

**Nhận xét:** Có 54,2% BN có viêm gan siêu vi B, 20,8% BN có viêm gan siêu vi C. Có 3 BN (chiếm 6,3%) có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, trong đó 1 ca mổ cắt túi mật nội soi, 1 ca mổ lấy sỏi ống mật chủ, 1 ca mổ cắt ruột thừa nội soi

**Triệu chứng lâm sàng**

**Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng (n = 48)**

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	38	79,2
Chán ăn	34	70,8
Sụt cân	24	50,0
Gan to	6	12,5
Vàng da	3	6,3
Bảng bụng	1	2,1
Lách to	0	0
Phát hiện tình cờ	10	20,8

**Nhận xét:** Đau bụng và chán ăn là triệu chứng thường gặp, chiếm tỉ lệ lần lượt là 79,2% và 70,8%. Gầy sút cân chiếm 50%, gan to chiếm 12,5%. Có 10 BN (20,8%) phát hiện tình cờ u gan khi đi siêu âm kiểm tra sức khỏe định kỳ.

**Triệu chứng cận lâm sàng**

**Bảng 3. Xét nghiệm huyết học (n = 48)**

Chỉ số	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
<b>Huyết học</b>			
Hồng cầu (T/l)	$4,5 \pm 0,9$	3,0	6,1
Hemoglobin (g/l)	$129,2 \pm 8,2$	102	165
Hematocrit (%)	$35,6 \pm 3,1$	30,1	40,7
Bạch cầu (G/l)	$8,3 \pm 1,6$	6,1	14,3

Tiểu cầu (G/l)	271,1 ± 65,4	168	392
Prothrombin %	103,1 ± 17,6	76	128
<b>Sinh hóa</b>			
Glucose (mmol/l)	6,7 ± 1,1	5,0	8,7
Creatinin (μmol/l)	129,2 ± 8,2	102	145
AST (U/L)	45,6 ± 15,2	27	165
ALT (U/L)	58,8 ± 21,6	22	186
Bilirubin toàn phần (μmol/l)	30,0 ± 7,3	20	41
Albumin (g/l)	37,4 ± 3,1	21	42

**Nhận xét:** Đường máu trung bình là 6,7 ± 1,1, lớn nhất là 8,7 mmol/l. Không có BN nào suy thận trước mổ. Men gan AST lớn nhất là 165 U/L, ALT lớn nhất là 186 U/L. Bilirubin toàn phần trung bình là 30,0 ± 7,3 lớn nhất là 41 μmol/l.

**Child – Pugh:** Tất cả 48 BN trong nghiên cứu đều thuộc Child A

**AFP:**

**Bảng 4. Kết quả AFP**

Kết quả (ng/ml)	Số BN	Tỷ lệ (%)
< 20	6	12,5
20 - 400	9	18,7
400 - 1000	21	43,8
> 1000	12	25,0

**Nhận xét:** Đa phần các trường hợp có AFP từ 400 – 1000 ng/ml

**Viêm gan siêu vi**

**Bảng 5. Viêm gan siêu vi (n = 48)**

Marker	Số BN	Tỷ lệ (%)
HbsAg (+)	31	64,6
Anti HCV (+)	7	14,6
HbsAg (+) và Anti HCV (+)	3	6,3

**Nhận xét:** Có 64,6% BN có kết quả HbsAg dương tính. Có 14,6% BN có kết quả Anti HCV (+) dương tính. Trong nghiên cứu có 3 trường hợp đồng nhiễm HBV và HCV chiếm 6,3%.

**Kết quả của siêu âm và chụp cắt lớp vi tính:**

**Bảng 6. Kết quả của siêu âm và chụp cắt lớp vi tính**

Dấu hiệu	Siêu âm		CT và hoặc MRI	
	Số BN (n=48)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n=48)	Tỷ lệ (%)
Dịch ổ bụng	1	2,1	2	4,2
Bờ gan không đều	9	18,7	10	20,8
Gan xơ	4	8,3	7	14,6
Lách to	1	2,1	1	2,1
Hạch cổng gan to	5	10,4	8	16,7
Phát hiện u gan	48	100	48	100
Kích thước (cm)	4,9 ± 1,7 (2,1 – 8,0)		5,1 ± 1,8 (2,0 – 8,7)	

**Nhận xét:** Kích thước u trung bình trên siêu âm là 4,9 ± 1,7 cm, CT là 5,1 ± 1,8 cm.

- Vị trí u gan trên chụp cắt lớp vi tính: Đa

phần khối u nằm ở gan phải (có 26 BN chiếm 54,2%), 17 BN khối u ở gan trái (35,4%). Có 5 BN khối u nằm ở cả 2 thùy gan chiếm 10,4%.

- Kích thước và số lượng khối u trên chụp cắt lớp vi tính:

**Bảng 7. Kích thước và số lượng khối u trên chụp cắt lớp vi tính (n = 48)**

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ (%)
1 u < 2 cm	8	16,7
1 u, 2-5 cm	7	14,6
1 u, > 5 cm	24	50,0
2-3 u, ≤ 3 cm	7	14,6
2-3 u, > 3 cm	1	2,1
> 3 u	1	2,1

**Nhận xét:** Trên MSCT, 1 u > 5 cm chiếm 50,0%.

**IV. BÀN LUẬN**

**Đặc điểm lâm sàng**

**Tuổi.** Tuổi mắc bệnh của bệnh nhân UTG thay đổi theo nhiều nghiên cứu, dao động trung bình từ 50 – 60 tuổi. Nhóm nghiên cứu gồm 48 BN có tuổi trung bình là 55,2 ± 10,2 (28 - 71) tuổi, trong đó độ tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm 39,6% và nhóm dưới 60 tuổi chiếm đa số với tỷ lệ 60,4%. Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê (P > 0,05) giữa tuổi với biến chứng sau mổ. Tuổi cao không phải là yếu tố chống chỉ định cắt gan. Những nghiên cứu gần đây cho thấy, không có sự khác biệt hoặc khác biệt không đáng kể về tỷ lệ biến chứng và tử vong giữa nhóm BN < 70 và > 70 (cao tuổi). Kết quả nghiên cứu không có sự khác biệt với kết quả của các nghiên cứu khác trong nước được trình bày trong bảng 8.

**Bảng 8. So sánh đặc điểm chung giữa các nghiên cứu**

Đặc điểm	Tuổi trung bình	Tỷ lệ Nam: Nữ	Viêm gan B	Viêm gan C	Nghiên cứu rượu
<b>Chúng tôi</b>	<b>55,2 ± 10,2</b>	<b>3:1</b>	<b>54,2</b>	<b>20,8</b>	<b>25,0</b>
Dương Huỳnh Thiện <sup>1</sup>	53,6 ± 12,8	8,3:1	74,7	10,7	-
Lê Văn Thành <sup>2</sup>	49,8	5,5:1	62,1	-	-
Sungwook Shin <sup>3</sup>	56,4 ± 10,3	3,8:1	69,8	10,3	19,8
Yo-ichi Yamashita <sup>4</sup>	60 ± 1	5,3:1	38	60	-

**Giới tính.** Ở hầu hết các vùng trên thế giới, nam giới có tỷ lệ mắc UTG cao hơn nữ giới với tỷ số nam/nữ thay đổi từ 2/1 đến 5/1 giữa các nghiên cứu. Theo số liệu của Trung tâm Quốc tế Nghiên cứu Ung thư (IARC) - Tổ chức Y tế Thế

Giới (WHO) năm 2020, tỷ số nam/nữ mới mắc UTG ở Đông Nam Á và Việt Nam lần lượt là 2,4/1 (69.415/29.437 ca) và 3,3/1 (20.256/6.162 ca). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam giới mắc UTBMTBG chiếm ưu thế là 75% và tỷ số nam/nữ là 3/1. Kết quả này gần tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Cường Thịnh là 2,1/1, của Shinwook Shin là 3,8/1<sup>3</sup>. Tuy nhiên tỷ số nam/nữ của chúng tôi thấp hơn nhiều so với các tác giả Dương Huỳnh Thiện khi nghiên cứu trên 75 BN cắt gan tại bệnh viện Chợ Rẫy là 8,3/1<sup>1</sup>

**Tiền căn.** Tần suất nhiễm virus viêm gan thay đổi theo các nghiên cứu. 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.

Virus viêm gan B, C đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của UTG nói chung và UTBMTBG nói riêng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số BN bị nhiễm virus viêm gan có tỉ lệ cao, trong đó có 54,2% số BN có tiền sử viêm gan siêu vi B, 20,8% số BN có viêm gan siêu vi C. Khi xét nghiệm kiểm tra HbsAg và anti-HCV, chúng tôi phát hiện thêm nhiều trường hợp nhiễm HBV, tổng cộng trong nghiên cứu có 64,6% nhiễm HBV. Cá biệt có 3 trường hợp đồng nhiễm HBV và HCV chiếm tỉ lệ 6,3%, cả 3 bệnh nhân này có tiền sử viêm gan siêu vi C trước đó. Khi so sánh tỷ lệ bệnh nhân có viêm gan siêu vi B với các nghiên cứu khác, chúng tôi nhận thấy cao hơn tác giả Yo-ichi Yamashita là 38%<sup>4</sup>; tương đương với tác giả Sungwook Shin là 69,8%<sup>3</sup>. Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm HCV trong nghiên cứu lại cao hơn khi so sánh với các tác giả: Dương Huỳnh Thiện là 10,7%<sup>1</sup>, Sungwook Shin là 10,3%<sup>3</sup>. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Yo-ichi Yamashita thực hiện tại Nhật Bản, tỉ lệ viêm gan siêu vi C là 60%<sup>4</sup>. Sự khác biệt này có thể được giải thích, các nghiên cứu được thực hiện ở các vùng dịch tễ khác nhau cho kết quả về tần suất nhiễm HBV và HCV khác nhau.

Nghiện rượu là yếu tố nguy cơ chính của xơ gan ở các nước công nghiệp. Uống rượu làm tăng nguy cơ mắc UTBMTBG lên 2 lần so với những người không uống rượu, thậm chí nếu uống > 80g/ngày và trên 10 năm thì nguy cơ cao hơn gấp 5-7 lần. Chưa kể, Việt Nam hiện tại là một trong các nước đứng đầu về lượng tiêu thụ rượu bia mỗi năm. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận BN nghiện rượu chiếm tỷ lệ 25,0%. Tỷ lệ này theo Sungwook Shin là 19,8%<sup>3</sup>.

**Triệu chứng lâm sàng.** Ở Việt Nam cũng như nhiều nước trên thế giới, phần lớn bệnh nhân UTG đến khám và được chẩn đoán ở giai

đoạn muộn, chức năng gan kém, các triệu chứng lâm sàng đã rõ ràng. Ở giai đoạn sớm các triệu chứng thường mờ nhạt và không đặc hiệu. Kết quả NC cho thấy: các triệu chứng khiến người bệnh phải đi khám chủ yếu là đau bụng (79,2%), mệt mỏi, chán ăn (70,8%), gầy sút (50,0%). Có 20,8% BN không có biểu hiện triệu chứng rõ ràng, được phát hiện khối u gan do tình cờ đi khám sức khỏe. Kết quả nghiên cứu thu được thấy tương tự thống kê của Dương Huỳnh Thiện<sup>1</sup> (2015), về triệu chứng lâm sàng của UTBMTBG gặp: đau bụng (68%), ăn kém (30,7%) sút cân (10%), 20% phát hiện do tình cờ đi khám sức khỏe; thống kê của Ngô Đắc Sáng<sup>7</sup> (2018) gặp: đau bụng (67,19%), sút cân (20,82%).

Các triệu chứng lâm sàng ở giai đoạn bệnh tiến triển hay các dấu hiệu mất bù của gan như: vàng da, gan to, lách to, cổ chướng, nôn máu, đau trong xương...có thể gặp với tần suất khác nhau theo từng nghiên cứu. Thống kê theo bảng 3.3 cho thấy triệu chứng thực thể của UTBMTBG rất nghèo nàn. Kết quả nghiên cứu ghi nhận các triệu chứng vàng da, gan to, sờ thấy u gan gặp với tỷ lệ lần lượt là 6,3%, 12,5% và 10,4%, chỉ có 01 BN (2,1%) phát hiện bóng bụng khi thăm khám lâm sàng, không có trường hợp nào lách to được ghi nhận qua khám lâm sàng.

Kết quả của Nguyễn Đình Song Huy<sup>8</sup> (2017) nghiên cứu qua 2480 bệnh nhân UTBMTBG thấy: 18,18% bệnh nhân có gan to hoặc sờ thấy u, kết quả nghiên cứu của Ngô Đắc Sáng (2018) chỉ gặp 3,15% bệnh nhân có gan to khi thăm khám<sup>7</sup>. Sự khác biệt về tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu so với các tác giả có thể là do BN trong nghiên cứu được lựa chọn chỉ định cắt gan ở giai đoạn chức năng gan còn tốt (bảng 3), 100% các bệnh nhân thuộc được đánh giá Child-Pugh A và thực tế có 20,8% số BN được phẫu thuật do tình cờ khám phát hiện u gan mà không có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng.

#### **Đặc điểm cận lâm sàng**

**Huyết học và sinh hoá và đánh giá Child-Pugh.** Kết quả nghiên cứu cho thấy các chỉ số về công thức máu, đông máu trong giới hạn bình thường, tỉ lệ Prothrombin% trung bình  $103,1 \pm 17,6\%$ . Kết quả tỉ lệ Prothrombin% thu được tương tự thống kê của Yo-ichi Yamashita là  $89 \pm 0,99\%$ <sup>4</sup>. Trong nghiên cứu của Ngô Đắc Sáng có 3 BN thiếu máu mức độ nặng Hb < 70 g/L; 9 BN ở mức độ vừa Hb: 70 - 90 g/L; tỉ lệ thiếu máu là 3,79% (12/317 BN); 6,62% BN có tỉ lệ Prothrombin% PT giảm < 70% trong đó có 1 BN giảm mức độ vừa 43,10%<sup>7</sup>.

Chức năng gan được xem là yếu tố quan trọng nhất, liên quan đến biến chứng và tử vong sau phẫu thuật cắt gan. Đánh giá chức năng gan trước mổ dựa trên phân loại Child-Pugh là phổ biến và được hầu hết các phẫu thuật viên sử dụng. Vì vậy, theo hướng dẫn của BCLC, các trường hợp Child A cho phép phẫu thuật cắt gan lớn, cắt gan chọn lọc cho những trường hợp Child B và Child C là chống chỉ định cắt gan. Tất cả 48 BN (100%) trong nghiên cứu này được chỉ định phẫu thuật đều ở Child A, trong đó đa số bệnh nhân có điểm Child – Pugh là 5 điểm (chiếm 66,7%). Kết quả nghiên cứu của các tác giả Dương Huỳnh Thiện<sup>6</sup>, Yo-ichi Yamashita<sup>4</sup>, các BN được chỉ định cắt gan ở giai đoạn Child A chiếm tỷ lệ từ 80 - 100%, Child B từ 5 - 10%.

**Chất chỉ điểm khối u.** AFP là chất chỉ điểm khối u quan trọng trong UTG. Năm 2020, Bộ Y tế Việt Nam ban hành tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị UTBMTBG" lấy ngưỡng nồng độ AFP > 400ng/ml kết hợp thêm các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng khác để chẩn đoán UTBMTBG. Kết quả nghiên cứu bảng 3.6 cho thấy: nhóm BN có AFP < 20ng/ml chiếm tỷ lệ thấp nhất 12,5%, nhóm AFP > 400ng/ml chiếm 68,8%, trong đó có 25% có AFP >1000ng/ml. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Song Huy năm 2017 qua 57 trường hợp UTG thấy 87,7% trường hợp có AFP tăng cao hơn mức bình thường; trong đó: AFP > 400 ng/ml chiếm 68,4%, AFP không tăng (< 20ng/ml) có tỉ lệ 12,3%. Nhiều nghiên cứu cho thấy nồng độ AFP cao có liên quan tỷ lệ thuận tới kích thước, số lượng u và tình trạng xâm lấn mạch máu và sau khi cắt bỏ khối u gan thì hàm lượng AFP giảm nhanh chóng và tăng trở lại khi bệnh tái phát. Vì vậy, định lượng AFP còn có ý nghĩa quan trọng cho việc đánh giá kết quả điều trị và theo dõi tiên lượng bệnh<sup>8</sup>.

**Chẩn đoán hình ảnh.** Kết quả nghiên cứu cho thấy: 100% số trường hợp được xác định u gan qua chụp CLVT. Kích thước u trung bình trên chụp CLVT là 5,1 ± 1,8 cm. Các tổn thương phổi hợp như hạch cuống gan chiếm 16,7%, dịch bụng 4,2%, lách to 2,1%, không có trường hợp nào có huyết khối TM cửa được ghi nhận. Các tổn thương này so sánh với siêu âm như bảng 6 cho thấy khả năng phát hiện các tổn thương phổi hợp của CLVT là cao hơn so với siêu âm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần khối u nằm ở gan phải (có 26 BN chiếm 54,2%). Có 5 trường hợp khối u nằm ở cả 2 thùy gan chiếm 10,4%. Khối u gan nằm ở phân thùy bên (HPT II và hoặc III) chiếm tỉ lệ cao nhất 31,2%, tổn thương nằm ở phân thùy sau (HPT VI và

hoặc VII) chiếm 25%, phân thùy trước (HPT V và hoặc VIII) chiếm 18,7%.

Phần lớn khối u gan là 1 u có giới hạn rõ, kích thước > 5cm chiếm 50% các trường hợp trong nghiên cứu. Số lượng và kích thước u là yếu tố quan trọng để xác định giai đoạn UTBMTBG và ảnh hưởng đến quyết định điều trị, chỉ định phẫu thuật. Theo BCLC, chỉ định cắt gan với các khối u ở giai đoạn rất sớm, có kích thước < 2 cm hoặc các khối u đơn độc có chức năng gan bình thường (giai đoạn I) và trường hợp ≤ 3 u, kích thước mỗi u < 3 cm (giai đoạn II).

## V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một bệnh lý ác tính thường gặp ở nam nhiều hơn nữ với các triệu chứng thường gặp gồm đau bụng, mệt mỏi, chán ăn, sụt cân. Chỉ định phẫu thuật cắt gan được chỉ định với các trường hợp đánh giá chức năng gan Child Pugh A với điều kiện thể tích gan còn lại đảm bảo.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Huỳnh Thiện.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II. Học viện Quân y; 2015.
2. **Lê Văn Thành, Nguyễn Đại Bình.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan trong ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện K. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2010;14(4):217-222.
3. **Shin S, Kim T-S, Lee JW, Ahn KS, Kim YH, Kang KJ.** Is the anatomical resection necessary for single hepatocellular carcinoma smaller than 3 cm?: single-center experience of liver resection for a small HCC. J Annals of hepato-biliary-pancreatic surgery. 2018;22(4):326.
4. **Yamashita Y-i, Taketomi A, Itoh S, et al.** Longterm Favorable Results of Limited Hepatic Resections for Patients with Hepatocellular Carcinoma: 20 Years of Experience. Journal of the American College of Surgeons. 08/01 2007; 205:19-26. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2007.-01.069
5. **Đỗ Bá Hùng, Võ Văn Hùng, Nguyễn Cao Cương, Lê Hữu Phước.** Kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan theo cuống bao Glisson. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2018;22(2):205-210.
6. **Dương Huỳnh Thiện, Nguyễn Đình Song Huy, Hồ Sĩ Minh, Phan Minh Trí.** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư tế bào gan tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2016;20(1):135-140.
7. **Ngô Đắc Sáng.** Nghiên cứu các biến chứng sau phẫu thuật cắt gan do ung thư theo phương pháp Tôn Thất Tùng. Học viện Quân Y; 2018.
8. **Nguyễn Đình Song Huy, Phan Minh Trí, Dương Huỳnh Thiện.** Kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan có huyết khối tĩnh mạch cửa. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2017;21:206-211.