

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ AFP, AFP-L3 VÀ PIVKA-II HUYẾT THANH TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

MAI TRỌNG KHOA¹, PHẠM THỊ HIỀN²,
PHẠM CẨM PHƯƠNG¹, VƯƠNG NGỌC DƯƠNG²

¹Trung tâm Y học hạt nhân và Ung Bướu, Bệnh viện Bạch Mai

²Sinh viên Đại học Y Dược - Trường Đại học Quốc gia Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi nồng độ AFP, AFP-L3 và PIVKA-II huyết thanh trước và sau điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu 50 bệnh nhân UTBMTBG điều trị tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi mắc bệnh trung bình của bệnh nhân tương đối cao là $59,78 \pm 10,64$, tỉ lệ nam/nữ = 6,14/1. 80% bệnh nhân ung thư gan có mắc HBV. Xơ gan chiếm 62%, trong đó Child-Pugh A chiếm 42%, Child-Pugh B chiếm 20% và không có bệnh nhân nào ở mức độ xơ gan Child-Pugh C. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất: 78% gây sút cân, 74% mệt mỏi và 52% đau bụng hạ sườn phải. 50% bệnh nhân ở giai đoạn BCLC B, không có bệnh nhân nào ở giai đoạn BCLC D. 80%, 72% và 78% bệnh nhân có AFP, AFP-L3 và PIVKA-II cao trước điều trị. 60% bệnh nhân được điều trị TACE. Sau điều trị, nồng độ trung bình trong huyết thanh của các marker AFP, AFP-L3 và PIVKA-II trong máu giảm một cách có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ đáp ứng của AFP là 66%, của AFP-L3 là 60%, của PIVKA-II là 80% và của bộ ba marker là 40%.

Kết luận: Xét nghiệm bộ ba AFP, AFP-L3 và PIVKA-II huyết thanh có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán, theo dõi, tiên lượng cho bệnh nhân UTBMTBG.

Từ khóa: Ung thư gan, PIVKA

SUMMARY

Aim: To evaluate the changes in the serum concentrations of AFP, AFP-L3 and PIVKA-II of hepatocellular carcinoma (HCC) patients before and after treatment.

Chịu trách nhiệm: Mai Trọng Khoa

Email: khoa.maitrong@gmail.com

Ngày nhận: 02/6/2021

Ngày phản biện: 23/6/2021

Ngày duyệt bài: 09/7/2021

Subjective and study method: Retrospective study of 50 hepatocellular carcinoma patients treated at the Nuclear Medicine and Oncology Center - Bach Mai Hospital who were consistent with the selection and exclusion criteria.

Results: The average age of the patient was relatively high, at 59.78 ± 10.64 years old, the male/female ratio was 6.14/1. 80% of liver cancer patients had HBV. Cirrhosis accounted for 62% of the patients, of which Child-Pugh A accounted for 42%, Child-Pugh B accounted for 20% and none of the patients had Child-Pugh C cirrhosis. The most common clinical symptoms were weight loss (78%), fatigue (74%), and right upper quadrant pain (52%). 50% of patients were at stage BCLC B, none of patients were at stage BCLC D. 80%, 72% and 78% of patients had high serum concentrations of AFP, AFP-L3, and PIVKA-II before treatment. 60% of patients received TACE treatment. After treatment, the mean serum concentrations of AFP, AFP-L3 and PIVKA-II markers in the blood decreased significantly. The response rates of AFP, AFP-L3, and PIVKA-II were 66%, 60% and 80% respectively and of all three markers trio was 40%.

Conclusion: Tests of serum concentrations of AFP, AFP-L3, and PIVKA-II were important in diagnosis, monitoring and prognosis for HCC patients.

Keywords: HCC, PIVKA

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một trong những loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới, là loại ung thư có số người mắc đứng thứ 5 ở nam giới và đứng thứ 7 ở nữ giới, nó cũng là một trong ba loại ung thư gây tử vong nhiều nhất. Trên toàn thế giới, ước tính có khoảng 1 triệu ca mắc mới mỗi năm. Việt nam là nước nằm trong khu vực Đông Nam Á, là một trong các khu vực có tỷ lệ mắc ung thư biểu mô tế bào gan cao nhất, ước tính mỗi năm có tới 10.000 ca mắc mới trên cả nước, là loại ung thư

đứng hàng thứ 2 về tỉ lệ mắc và hàng đầu về tỉ lệ tử vong. Bệnh diễn biến nhanh và có tiên lượng xấu nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời [1], [2].

Cùng với chẩn đoán hình ảnh, các marker huyết thanh khối u có một vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán cũng như đánh giá kết quả điều trị và theo dõi sự tái phát của UTBMTBG. Từ trước đến nay AFP là marker khối u được sử dụng rộng rãi nhất để chẩn đoán, đánh giá kết quả điều trị và theo dõi sự tái phát sau điều trị UTBMTBG. Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây cho thấy AFP chỉ tăng trong khoảng 60% các trường hợp UTBMTBG và trên thực tế lâm sàng có nhiều bệnh nhân không đáp ứng với điều trị hoặc có xuất hiện tổn thương mới sau điều trị nhưng nồng độ AFP trong huyết thanh lại giảm một cách rõ rệt. Đó chính là những hạn chế của AFP trong việc chẩn đoán và theo dõi sau điều trị UTBMTBG. AFP-L3 và PIVKA-II là những marker khối u được phát hiện và ứng dụng sau AFP, giúp tăng khả năng chẩn đoán UTBMTBG. Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu khẳng định vai trò của sự kết hợp AFP-L3 với PIVKA-II và AFP so với AFP đơn thuần trong việc chẩn đoán cũng như đánh giá kết quả điều trị và theo dõi sự tái phát của ung thư biểu mô tế bào gan [2],[3],[4].

Tại Việt nam, bộ 3 marker AFP, AFP-L3 và PIVKA-II mới được đưa vào sử dụng để chẩn đoán và đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan trong những năm gần đây. Cho đến thời điểm hiện tại chúng tôi nhận thấy rằng ở Việt Nam có rất ít công trình nghiên cứu về vai trò của bộ 3 marker này trong việc đánh giá kết quả và theo dõi sự tái phát sau điều trị của ung thư biểu mô tế bào gan. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá sự thay đổi nồng độ AFP, AFP-L3 và PIVKA-II huyết thanh trước và sau điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan” với hai mục tiêu:

Mô tả một số đặc điểm của các bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan.

Đánh giá sự thay đổi nồng độ AFP, AFP-L3 và PIVKA-II huyết thanh trước và sau điều trị ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

50 bệnh nhân UTBMTBG điều trị tại Trung tâm Y học Hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam năm 2020 [2].

Bệnh nhân được làm xét nghiệm định lượng bộ ba marker AFP, AFP-L3, PIVKA-II trước và sau điều trị.

Bệnh nhân có hồ sơ ghi chép đầy đủ các thông tin liên quan đến nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Không có đủ các tiêu chuẩn trên.

Bệnh nhân có UTBMTBG nhưng không phải ung thư nguyên phát.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu.

Các bước tiến hành

Thu thập thông tin hành chính, chuyên môn trước và sau điều trị của các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn theo bệnh án mẫu.

Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đánh giá sự thay đổi nồng độ AFP, AFP-L3 và PIVKA-II huyết thanh trước và sau điều trị ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan.

Định nghĩa về sự đáp ứng của marker khối u

Nghiên cứu này lấy giá trị bình thường của các marker ung thư như sau: AFP \leq 10 ng/mL, AFP-L3 \leq 10%, PIVKA-II \leq 40 mAU/mL. Trên mức này được coi là cao.

Bộ ba marker là sự kết hợp của 3 marker: AFP, AFP-L3 và PIVKA-II.

Nếu có ít nhất 1 trong 3 marker AFP, AFP-L3, PIVKA-II có giá trị cao trước điều trị thì bộ ba marker được gọi là có giá trị cao trước điều trị.

Các marker được gọi là đáp ứng sau điều trị nếu giá trị của chúng sau điều trị giảm $>$ 20% so với trước điều trị

Bộ 3 marker được gọi là đáp ứng sau điều trị nếu các marker thành phần đều đáp ứng sau điều trị, nếu có ít nhất 1 marker không đáp ứng thì bộ 3 marker được gọi là không đáp ứng sau điều trị.

Phân tích và xử lý số liệu: Nhập liệu và xử lý số liệu dựa vào phần mềm SPSS 20.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	\leq 40	41-50	51-60	61-70	$>$ 70	Tổng
n	3	4	17	19	7	50
%	6	8	34	38	14	100
Tuổi trung bình: 59,78 \pm 10,64						

Giới	Nam	Nữ	Tổng
n	43	7	50
%	86	14	100
Tỷ lệ: Nam/Nữ = 6,14/1			

Tuổi mắc bệnh trung bình của cả hai giới là 59,78 \pm 10,64. Kiểm định T-test thấy không có sự

khác biệt về tuổi trung bình của hai giới ($p=0,532$). Tuổi mắc bệnh trẻ nhất là 25, già nhất là 77. Nhóm tuổi có tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất là ≤ 40 tuổi, có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là 61-70 tuổi.

Nam giới chiếm tỷ lệ 86%, nữ giới chiếm tỷ lệ 14%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 6,14/1.

2. Đặc điểm về lâm sàng trước điều trị của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ gây UTBMTBG: Bệnh nhân mắc virus viêm gan B chiếm tỷ lệ cao nhất (80%), bệnh nhân sử dụng rượu thường xuyên chiếm tỷ lệ cao thứ 2 (28%), bệnh nhân mắc virus viêm gan C chiếm 6%, bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ viêm gan B và nghiện rượu phối hợp chiếm 20%. Có 4 bệnh nhân không xác định được yếu tố nguy cơ gây ung thư biểu mô tế bào gan, chiếm 8%.

Triệu chứng lâm sàng trước điều trị: Các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là gầy sút cân chiếm 78,0%. Bệnh nhân có triệu chứng đau hạ sườn phải chiếm 52%, bệnh nhân có triệu chứng triệu chứng vàng da chiếm 26% và cổ chướng chiếm 22%.

Bảng 2. Giai đoạn bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan trong nghiên cứu theo BCLC

BCLC	0	A	B	C	D	Tổng
n	2	14	25	9	0	50
Tỉ lệ %	4	28	50	18	0	100

Bệnh nhân ở giai đoạn BCLC B chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), bệnh nhân ở giai đoạn BCLC A chiếm 28%, ở giai đoạn BCLC chiếm 18%.

Không có bệnh nhân nào ở giai đoạn BCLC D.

Bảng 3. Mức độ xơ gan trước điều trị

Mức độ xơ gan	Không xơ gan	Child-Pugh A	Child-Pugh B	Child-Pugh C	Tổng
n	19	21	10	0	50
%	38	42	20	0	100

Trong nhóm nghiên cứu có 19 bệnh nhân không bị xơ gan, chiếm 38%. Tổng số bệnh nhân bị xơ gan chiếm 62%, trong đó xơ gan Child-Pugh A chiếm 42%, Child-Pugh B chiếm 20%, không có bệnh nhân nào ở mức độ xơ gan Child-Pugh C.

3. Đặc điểm cận lâm sàng trước điều trị của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Đặc điểm về giá trị của các Marker UTBMTBG trước điều trị

Giá trị Marker	Cao		Bình thường		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
AFP	40	80	10	20	50	100
AFP-L3	36	72	14	28	50	100
PIVKA-II	39	78	11	22	50	100

Bệnh nhân có AFP cao trước điều trị chiếm 80%; AFP-L3 cao trước điều trị chiếm 72% và PIVKA-II cao trước điều trị chiếm 78%.

4. Đặc điểm về phương pháp điều trị của đối tượng nghiên cứu

Bảng 5. Phương pháp điều trị của bệnh nhân

Phương pháp điều trị	Phẫu thuật	TACE	Hóa chất	SIRT	TACE+RFA	Tổng
N	7	30	4	3	6	50
%	14	60	8	6	12	100

Số bệnh nhân được điều trị bằng TACE chiếm 60%, điều trị bằng phẫu thuật chiếm 14%, phối hợp TACE và RFA chiếm tỷ lệ 12%.

5. Sự thay đổi nồng độ trung bình của các marker khối u sau điều trị

Bảng 6. Sự thay đổi nồng độ trung bình các Marker khối u

Giá trị Marker	Trước điều trị	Sau điều trị
AFP (ng/mL)	452,244 ± 793,100	269,136 ± 643,214
AFP-L3 (%)	51,752 ± 87,095	27,372 ± 49,171
PIVKA-II (mAU/mL)	1578,020 ± 2396,292	662,040 ± 1285,185

Kiểm định Wilcoxon-Test cho thấy các giá trị trung bình của AFP, AFP-L3 và PIVKA-II sau điều trị giảm một cách có ý nghĩa so với trước điều trị, với giá trị p lần lượt là: 0,005; 0,009 và 0,000.

6. Tỷ lệ đáp ứng của các marker khối u sau điều trị

Bảng 7. Tỷ lệ đáp ứng của các marker khối u sau điều trị

Đặc điểm Marker	Đáp ứng		Không đáp ứng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
AFP	33	66	17	34	50	100
AFP-L3	30	60	20	40	50	100
PIVKA-II	40	80	10	20	50	100
Bộ ba marker	20	40	30	60	50	100

Với AFP: Số bệnh nhân đáp ứng sau điều trị chiếm tỷ lệ 66%.

Với AFP-L3: Số bệnh nhân đáp ứng sau điều trị chiếm tỷ lệ 60%.

Với PIVKA-II: Số bệnh nhân đáp ứng sau điều trị chiếm tỷ lệ 80%.

Với bộ ba marker: Số bệnh nhân đáp ứng sau điều trị chiếm tỷ lệ 40%.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi mắc bệnh trung bình của bệnh nhân là $59,78 \pm 10,64$, tuổi mắc bệnh trẻ nhất là 25, già nhất là 77, hai nhóm tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là 51-60 tuổi và 61-70 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 6,14/1. Như vậy tuổi mắc bệnh là khá đa dạng ở tất cả các

nhóm tuổi, có những bệnh nhân mắc bệnh khi tuổi còn khá trẻ, nhưng có những bệnh nhân mắc bệnh ở tuổi gần 80. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu về UTBMTBG ở Việt Nam. Nghiên cứu của Đào Việt Hằng từ năm 2011 đến 2016 trên 130 bệnh nhân RFA độ tuổi mắc bệnh trung bình là $57,5 \pm 10,2$ tuổi, tuổi mắc bệnh trẻ nhất là 30, tuổi mắc bệnh cao nhất là 81, nhóm tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất cũng là 51-70 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 4,7/1[5]. Theo Vũ Mạnh Duy nghiên cứu trên 120 bệnh nhân UTBMTBG năm 2017 độ tuổi mắc bệnh trung bình của bệnh nhân là $58 \pm 9,6$ tuổi, nhóm tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là 51-70 tuổi, tuổi trẻ nhất dưới 30 tuổi, tuổi già nhất là trên 80 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 4,93/1[6]. Theo kết quả nghiên cứu của các nước Phương Tây và Bắc Mỹ nhóm tuổi hay mắc UTBMTBG là trên 75 tuổi [1]. Nghiên cứu của Park năm 2016 trên 79 bệnh nhân UTBMTBG tại Hàn Quốc tuổi trung bình của bệnh nhân là $62,33 \pm 10,9$ tuổi, trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân UTBMTBG có nhiễm HBV là 53,16%[7].

Sự giống nhau và khác nhau như trên có lẽ là do đặc điểm về yếu tố nguy cơ gây nên UTBMTBG. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân mắc HBV chiếm tỷ lệ 80%, bệnh nhân sử dụng rượu thường xuyên chiếm tỷ lệ 28%, bệnh nhân mắc HCV chiếm tỷ lệ 6%, bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ phối hợp chiếm tỷ lệ 20%. Đa số UTBMTBG phát triển trên nền gan xơ, xơ gan (do rượu, virus...) càng nặng thì khả năng bị UTBMTBG càng cao [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng số bệnh nhân bị xơ gan chiếm 62%, trong đó xơ gan Child-Pugh A chiếm 42%, Child-Pugh B chiếm 20%, không có bệnh nhân nào ở mức độ xơ gan Child-Pugh C. Có 19 bệnh nhân không bị xơ gan, chiếm 38%. Theo nghiên cứu của Vũ Mạnh Duy năm 2017 trên 120 bệnh nhân UTBMTBG tỷ lệ bệnh nhân mắc HBV là cao nhất (81,92%), sử dụng rượu thường xuyên chiếm tỷ lệ cao thứ 2 (14,45%), tiếp đến là tỷ lệ mắc HCV (1,36%) và 97,1% bệnh nhân xơ gan [6]. Nghiên cứu của Đào Việt Hằng từ năm 2011 đến 2016 tỷ lệ bệnh nhân mắc HBV là 73,5%, sử dụng rượu thường xuyên là 45,4%, mắc HCV là 85%, mắc phối hợp các nguy cơ là 32,3%[5]. Nghiên cứu của Lê Văn Don năm 2016 trên 77 bệnh nhân UTBMTBG tỷ lệ bệnh nhân mắc HBV chiếm tỷ lệ cao nhất (67,2%)[8].

Các bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan thường phát hiện khi bệnh ở giai đoạn muộn, các triệu chứng lâm sàng rõ rệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là gầy sút cân chiếm tỷ lệ 78%, mệt mỏi chiếm 74% và đau bụng hạ sườn phải chiếm

52%, bệnh nhân có triệu chứng vàng da chiếm 26% và triệu chứng cổ chướng chiếm 22%. Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn BCLC B chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), bệnh nhân ở giai đoạn BCLC A chiếm 28%, ở giai đoạn BCLC C chiếm 18%, giai đoạn BCLC 0 là 4% và không có bệnh nhân nào ở giai đoạn BCLC D. Nghiên cứu của Đào Việt Hằng năm 2016 triệu chứng hay gặp nhất là mệt mỏi (30%), đau hạ sườn phải (22,3%), giai đoạn BCLC A chiếm 87,7%, giai đoạn BCLC 0 chiếm 12,3%, không có bệnh nhân nào ở giai đoạn BCLC B [5].

Trong bệnh UTBMTBG không phải bệnh nhân nào cũng có nồng độ của tất cả các marker khối u ở mức cao. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi 40 bệnh nhân có AFP cao trước điều trị (80%), 36 bệnh nhân có AFP-L3 cao trước điều trị (72%), 39 bệnh nhân có PIVKA-II cao trước điều trị (78%). Vì tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được chẩn đoán xác định UTBMTBG, vậy nên độ nhạy của AFP, AFP-L3 và PIVKA-II trong chẩn đoán UTBMTBG tương ứng là 80%, 72% và 78%. Trong nghiên cứu, 60% bệnh nhân được điều trị bằng TACE, 14% điều trị phẫu thuật và 12% được phối hợp TACE và RFA. Đánh giá sau điều trị cho thấy: Tỷ lệ đáp ứng của AFP là 66%, của AFP-L3 là 60%, của PIVKA-II là 80% và của bộ ba marker là 40%. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng về AFP trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Đào Việt Hằng là 86,8%. Sự khác nhau này là do nghiên cứu của Đào Việt Hằng có đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân có chỉ định điều trị bằng RFA, ở các giai đoạn nhẹ hơn có thể sẽ cho hiệu quả cao hơn [5].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu thực hiện trên 50 bệnh nhân UTBMTBG điều trị tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai cho thấy:

Đặc điểm của bệnh nhân UTBMTBG

Tuổi mắc bệnh trung bình của bệnh nhân tương đối cao là $59,78 \pm 10,64$, bệnh gặp chủ yếu ở nam (tỷ lệ nam/nữ = 6,14/1).

80% bệnh nhân UTG có mắc HBV.

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất: 78% gầy sút cân, 74% mệt mỏi, 52% đau bụng hạ sườn phải.

80%, 72% và 78% bệnh nhân có AFP, AFP-L3 và PIVKA-II cao trước điều trị.

50% bệnh nhân ở giai đoạn BCLC B, không có bệnh nhân nào ở giai đoạn BCLC D.

Xơ gan chiếm 62%, trong đó Child-Pugh A chiếm 42%, Child-Pugh B là 20% và không có bệnh nhân nào ở mức độ xơ gan Child-Pugh C.

60% bệnh nhân được điều trị TACE.

Sự thay đổi nồng độ huyết thanh các marker khối u sau điều trị

Sau điều trị các bệnh nhân UTBMTBG, nồng độ trung bình trong huyết thanh của các marker AFP, AFP-L3 và PIVKA-II trong máu giảm một cách có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ đáp ứng của AFP là 66%, của AFP-L3 là 60%, của PIVKA-II là 80% và của bộ ba marker là 40%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray Freddie, Jacques Ferlay, Isabelle Soerjomataram et al** (2018), "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", CA: a cancer journal for clinicians, 68(6), 394-424.

2. Bộ Y tế (2020), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan"

3. **Hana Park và Jun Yong Park** (2013), "Clinical Significance of AFP and PIVKA-II Responses for Monitoring Treatment Outcomes and Predicting Prognosis in Patients with Hepatocellular Carcinoma", BioMed Research International, 1-6.

4. **Atsushi Nanashima, Naota Taura, Takafumi Abo and et al** (2011), "Tumor Marker Levels Before and After Curative Treatment of Hepatocellular Carcinoma as Predictors of Patient Survival", Digestive Diseases and Sciences, 56(10), 3086-3100.

5. **Đào Việt Hằng** (2016), "Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt nhiệt sóng cao tần với các loại kim được lựa chọn theo kích thước khối u".

6. **Vũ Mạnh Duy** (2017), "Khảo sát nồng độ PIVKA-II trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan có AFP ≤ 20 ng/mL tại Bệnh viện Bạch Mai, Đại học Y Hà Nội".

7. **Sang Joon Park, Jae Young Jang, Soung Won Jeong and et al** (2017), "Usefulness of AFP, AFP-L3, and PIVKA-II, and their combinations in diagnosing hepatocellular carcinoma", Medicine, 96(11), e5811.

8. **Lê Văn Don** (2016), "Nghiên cứu giá trị xét nghiệm PIVKA -II, panel PIVKA -II kết hợp với AFP trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan". Tạp chí Y Dược Lâm Sàng 108.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHONG BÉ CƠ RĂNG TRƯỚC DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM BẰNG ROPIVACAIN PHỐI HỢP VỚI DEXAMETHASONE CHO PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ

BÙI THỊ THU TRANG¹, NGUYỄN QUỐC KÍNH², TRẦN ĐỨC THỌ³

¹Bệnh viện E; ²Bệnh viện Việt Đức; ³Bệnh viện K

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng giảm đau và các tác dụng không mong muốn của phương pháp phong bế mặt phẳng cơ răng trước trên các BN phẫu thuật ung thư vú bằng Ropivacain phối hợp với Dexamethasone.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 105 bệnh nhân ung thư vú thực được phẫu thuật lấy u tại Bệnh viện K từ 10/2020 đến 3/2021. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, bệnh nhân (BN) được theo dõi và đánh giá kết quả trong mổ đến 48 giờ sau mổ.

Kết quả: Tổng liều Fentanyl dùng trong mổ của nhóm các BN có gây tê là $0,15 \pm 0,01$ ít hơn đáng kể so với nhóm không làm thủ thuật là

$0,21 \pm 0,04$ với $p < 0,01$. Điểm VAS trung bình khi nghỉ/vận động tại các thời điểm sau mổ của nhóm không gây tê cao hơn nhiều so với nhóm có gây tê. Gây tê SAP cũng làm giảm đáng kể tỷ lệ BN phải dùng morphin giảm đau sau mổ và giảm tổng liều morphin trong vòng 48 giờ sau mổ. Hiệu quả giảm đau của nhóm gây tê bằng Ropivacain đơn thuần kéo dài trung bình $9,40 \pm 2,75$ giờ sau mổ, ngắn hơn so với nhóm gây tê bằng hỗn hợp ropivacain phối hợp dexamethasone $31,0 \pm 7,49$ giờ. Không quan sát thấy sự thay đổi về huyết động, không xảy ra các tác dụng không mong muốn và biến chứng ở các mức độ.

Kết luận: phong bế mặt phẳng cơ răng trước dưới hướng dẫn của siêu âm là một kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, an toàn, mang lại hiệu quả giảm đau tốt cho các BN phẫu thuật ung thư vú. Khi cho thêm Dexamethasone vào hỗn hợp thuốc tê làm kéo dài thời gian giảm đau đáng kể.

Chịu trách nhiệm: Bùi Thị Thu Trang

Email: skyscracter@gmail.com

Ngày nhận: 10/6/2021

Ngày phản biện: 02/7/2021

Ngày duyệt bài: 13/7/2021