

ÁP DỤNG KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN BẰNG SÓNG CAO TẦN LỰA CHỌN KIM THEO KÍCH THƯỚC KHỐI U DƯỚI SỰ HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

ĐÀO VIỆT HẰNG, ĐÀO VĂN LONG, LƯU NGỌC DIỆP và CS
Khoa Tiêu Hóa Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Ung thư gan (trong đó ung thư biểu mô tế bào gan-HCC) là một loại bệnh thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam, vấn đề điều trị còn gặp nhiều khó khăn. Đốt sóng cao tần (ĐSCT) là phương pháp điều trị ung thư gan mới ở Việt Nam. Đây là phương pháp điều trị tại chỗ, diệt tổ chức u bằng nhiệt.

Mục tiêu: 1. Đánh giá sự phá hủy HCC bằng sóng cao tần với lựa chọn kim theo kích thước khối u dưới sự hướng dẫn của siêu âm 2. Nêu các ưu nhược điểm và khả năng áp dụng vào thực hành lâm sàng của kỹ thuật này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp trên 85 bệnh nhân HCC có 3 khối u trở xuống, kích thước khối u ≤ 7 cm. Bệnh nhân được chia vào hai nhóm: nhóm 1 điều trị bằng ĐSCT đơn thuần và nhóm 2 bằng kết hợp phương pháp: ĐSCT và nút hóa chất động mạch gan.

Kết quả: Kỹ thuật ĐSCT có độ an toàn cao với tỷ lệ tai biến là 1.79 %, tác dụng phụ là sốt và đau bụng trong vòng từ 1 đến 3 ngày.

Kết luận: Điều trị ĐSCT với kỹ thuật lựa chọn kim theo kích thước khối u có độ an toàn cao, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào gan (HCC), đốt sóng cao tần (RFA)

SUMMARY

Applying the RFA technical to using needles suitable to the tumor size with the guidance of ultrasound to treatment of hepatocellular carcinoma

Back ground: Up to now, liver cancer (Hepatocellular carcinoma – HCC) is one of the most common malignant tumors which is too difficult to treat. Radiofrequency Ablation is the new therapy of HCC treatment in Vietnam. It is a localized thermal technique designed to produce tumor destruction by heating tumor tissue. Aims: 1. To assess the technical results of hepatocellular carcinoma destruction by using needles suitable to the tumor size with the guidance of ultrasound. 2. To identify the advantages, disadvantages and the ability to application this technique in clinics.

Methods: We conducted a prospective analysis of 85 selected HCC patients, age 30 - 76. with: Tumor size \geq 7cm; \geq 3tumors; no disorder of hemostasis; divided into two groups: Group 1: RFA treatment only (40 patients) and Group 2: Combined RFA with Transcatheter oily chemoembolization (TACE) (45 patients)

Results: For Group 1 (RFA only): After 3 months of treatment: 42.5% improved the symptom of abdominal pain and gained weight. For Group 2 (RFA combined with TOCE): After 3 months: 53.3% patients improved the symptom of abdominal pain and gained weight. The rate of complications is low at 1.79%. Side effects included abdominal pain and fever with the duration from 1 to 3 days. Conclusion: RFA technique can improve clinical symptoms, with low accident rate and side effects in HCC patients.

Keywords: HCC (Hepatocellular carcinoma), RFA (Radiofrequency ablation)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (hepatocellular carcinoma) là bệnh thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Tỷ lệ mới mắc hàng năm trên thế giới 748.000 (WHO- 2008), riêng ở châu á tỷ lệ là 116/100.000 dân (2008). Đây là bệnh có diễn biến nhanh và tỉ lệ tử vong cao. Tiên lượng của bệnh có liên quan đến kích thước khối u và chức năng gan. Phẫu thuật cắt bỏ triệt để khối ung thư gan là phương pháp điều trị triệt để và lý tưởng nhất. Tuy nhiên, vì nhiều lí do nên tỉ lệ cắt bỏ được u rất thấp. Ngoài phẫu thuật rất nhiều phương pháp điều trị đã được thực hiện: Phẫu thuật đông lạnh (Cryosurgery), tiêm cồn tuyệt đối vào u (Percutaneous ethanol injection- PEI), trị liệu hóa dầu kết hợp thuyên tắc mạch qua đường Catheter (Transcatheter oily Chemoembolization-TACE). Phương pháp đốt sóng cao tần (Radio Frequency Ablation - RFA) [4] là phương pháp điều trị ung thư gan tương đối mới ở Việt Nam. Phương pháp này được áp dụng ở nước ta lần đầu năm 2002 tuy nhiên hầu hết các cơ sở y tế hiện nay đều sử dụng kim đơn khi tiến hành kĩ thuật này. Từ năm 2010, tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai đã triển khai kĩ thuật đốt sóng cao tần sử dụng máy cắt đốt cao tần RF 3000 với hệ thống kim đơn Soloist và kim chùm LeeVen TM được lựa chọn theo kích thước khối u. Báo cáo này nhằm giới thiệu quy trình kĩ thuật điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng sóng cao tần với các loại kim được lựa chọn theo kích thước khối u dưới sự hướng dẫn của siêu âm với hai mục tiêu:

1. Đánh giá về mặt kĩ thuật đốt sóng cao tần có lựa chọn kim theo kích thước khối u dưới sự hướng dẫn của siêu âm gây phá hủy khối u ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan

2. Nêu các ưu nhược điểm và khả năng áp dụng vào thực hành lâm sàng của kĩ thuật.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Nguyên lý đốt nhiệt sóng cao tần: là một phương pháp điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại chỗ tiến hành dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

Nguyên lý của phương pháp sử dụng dòng điện xoay chiều dao động với tần số cao từ 200 kHz đến 1200 kHz có tác dụng làm các ion chuyển động, va đập mạnh vào đầu kim và sinh ra nhiệt. Khi nhiệt độ từ 45⁰ C trở lên trong vòng 1-2h đã tổn thương tế bào không hồi phục mô sống. Từ 100- 110⁰ C: Tế bào bị cacbon hoá và sinh hơi. Để phá hủy được hoàn toàn tổ chức của u, yêu cầu chính của phương pháp này là đạt được và duy trì nhiệt độ từ 60 – 100⁰ C ở toàn bộ thể tích của khối u cộng thêm 5-10 mm mô lành quanh u bị hoại tử. Để đạt được mục tiêu này người ta thiết kế các loại kim với đầu đốt đơn cực cho khối u ~ 2 cm và đa cực (kim chùm) với các u có kích thước \geq 3 cm.

2. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ bệnh nhân

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan dựa vào tế bào học hoặc mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào gan hoặc có AFP huyết thanh > 500 ng/ml và hình ảnh điển hình của khối ung thư biểu mô tế bào gan trên CLVT, hoặc chụp mạch.

Kích thước khối u gan \geq 3 cm và số khối u \geq 3.

Trong nghiên cứu này chúng tôi mở rộng chỉ định cho u gan \geq 7 cm. Xơ gan giai đoạn Child Pugh A, B.

Bệnh nhân và gia đình đồng ý điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ

Xơ gan giai đoạn Child-Pugh C

Có rối loạn đông máu nặng: TC<50.000; PT < 50%

Di căn nhiều nơi: huyết khối tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch trên gan, di căn hạch và các cơ quan khác

Phụ nữ có thai, bệnh nhân đặt máy tạo nhịp, hoặc mắc các bệnh lý nội khoa nặng (suy thận, suy tim)

3. Quy trình tiến hành kĩ thuật

Lựa chọn và đánh giá bệnh nhân

Lựa chọn bệnh nhân: tuân theo các chỉ định và chống chỉ định của phương pháp

Đánh giá bệnh nhân trước điều trị dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng theo quy định tại phần chỉ định và chống chỉ định ở trên.

Đánh giá số lượng khối u, kích thước khối u dựa vào siêu âm gan, siêu âm Doppler gan

Chụp cắt lớp vi tính ba pha để nhận định đặc điểm khối u: tỷ trọng, mức độ ngấm thuốc.

Sinh thiết hút bằng kim nhỏ để làm tế bào hoặc mô bệnh học

Giải thích cho bệnh nhân về kĩ thuật, ích lợi và những tác dụng không mong muốn trong và sau thủ thuật

Đặt đường truyền tĩnh mạch. Mắc monitor theo dõi.

Tiền mê bằng Midazolam và Fentanyl tiêm tĩnh mạch

Quy trình tiến hành kĩ thuật

Chúng tôi sử dụng hệ thống máy cắt đốt cao tần RF 3000 của hãng Boston Scientific của Mỹ. Kim đơn cực Soloist dùng cho u kích thước 2 cm. Kim chùm đa cực LeVeenTM 3 cm với 10 đầu đốt dùng cho khối u kích thước ~ 3cm; Kim chùm đa cực 4 cm với 12 đầu đốt dùng cho khối u kích thước ~ 4cm; Kim chùm đa

cực 5 cm với 16 đầu đốt dùng cho khối u kích thước \geq 5cm.

- Đo kích thước khối u dưới siêu âm (tham khảo kích thước u bằng CT, MRI, chụp mạch) để lựa chọn kim. Với các bệnh nhân có nhiều u thì chọn kim theo kích thước u to nhất.

- Xác định vị trí chọc dưới hướng dẫn của siêu âm

- Sát trùng, trải băng vô trùng

- Bật máy phát sóng RF 3000

- Tiến hành chọc kim vào khối u dưới sự hướng dẫn của siêu âm. Với kim đơn cực, vị trí đầu kim thường nằm giữa khối u. Với kim chùm khi đầu kim đi được 2/3 – 3/4 đường kính khối u thì bấm để các đầu đốt xòe ra sao cho các đầu kim nằm trọn toàn bộ trong khối u.

- Nối kim với máy

- Đặt cường độ dòng điện(W) để đốt và điều chỉnh tăng dần theo hướng dẫn đối với từng loại kim.

- Thời gian đốt sóng: tùy thuộc vị trí, kích thước kim, thông thường quy trình đốt sóng kéo dài 15 phút/ một lần đốt. Mỗi quy trình đốt có thể từ 1 – 3 lần. Hết thời gian máy tự động tắt.

- Rút phần đốc kim để thu các đầu đốt lại với kim chùm.

- Rút kim.

- Quan sát lại khối u trên siêu âm.

- Sát trùng, băng chỗ chọc, ghi bệnh án.

- Theo dõi bệnh nhân trong vòng 24 giờ: mạch, huyết áp, nhiệt độ, mức độ đau và tình trạng ổ bụng.

Theo dõi tác dụng phụ và biến chứng:

- Dị ứng thuốc, suy hô hấp, hạ huyết áp, trụy tim mạch, viêm phổi hút trong quá trình gây mê.

- Chảy máu trong ổ bụng, tràn dịch, tràn khí, tràn máu màng phổi, tụ máu trong gan, áp xe gan, tổn thương túi mật và ống mật chủ, thủng ruột, viêm phúc mạc, gieo rắc tế bào ung thư dọc đường chọc kim

- Hội chứng sau đốt nhiệt cao tần: đau, sốt, mệt mỏi, đau cơ, buồn nôn, nôn

- Các biến chứng liên quan đến hoại tử các cơ quan lân cận khối u như hoại tử túi mật, thủng đại tràng, dạ dày, thận, cơ hoành,...vv

- Bỏng da tại vị trí đặt điện cực trung tính hoặc điện cực điện tim

- Rối loạn nhịp tim

4. Đánh giá hiệu quả của phương pháp: Theo dõi và đánh giá kết quả đốt sóng cao tần định kỳ 1 tháng một lần với chỉ số:

+ *Kỹ thuật:* Số lần và thời gian đốt sóng, tác dụng phụ và biến chứng

+ *Lâm sàng, đánh giá diễn biến lâm sàng theo các mức độ:*

- Tốt: sau điều trị bệnh nhân đỡ đau, tăng cân, ăn uống ngon miệng

- Không thay đổi so với trước điều trị

- Xấu đi: sút cân, đau tăng, ăn kém, xuất hiện vàng da, cổ chướng

+ *Cận lâm sàng: theo dõi sự thay đổi các chỉ số AFP, AST, ALT, Bil, Albumin, PT*

+ *Thay đổi hình ảnh khối u trên chụp CLVT:* Nhận định hình ảnh khối u được phá hủy triệt để trên chụp CLVT:

+ Trước khi tiêm thuốc cản quang, vùng hoại tử do đốt nhiệt giảm tỷ trọng so với tổ chức gan xung quanh. Trong vùng giảm tỷ trọng này có thể thấy một vùng tăng tỷ trọng là các tế bào bị phá hủy. Kích thước vùng giảm tỷ trọng này phải lớn hơn kích thước khối u từ 1 đến 2 cm, ranh giới giữa vùng này và nhu mô gan phải rõ nét; sau 6 tháng kích thước nhỏ đi.

+ Sau khi tiêm thuốc cản quang, khối u được phá hủy hoàn toàn là vùng hoại tử không ngấm thuốc.

- Nhận định hình ảnh khối u chưa được đốt hoàn toàn và tái phát

+ Mô u còn lại hoặc tái phát có khi rất nhỏ và thường xuất hiện ở rìa khối u, thường là vùng bờ méo mó trong khi phần ranh giới còn lại mềm mại. Nó có thể là một nốt tăng âm hơn vùng u đã hoại tử và lớn dần.

+ Mô ung thư sót lại hoặc tái phát có ngấm thuốc trên chụp CLVT khi tiêm thuốc cản quang, ngấm mạnh thì động mạch, thoát nhanh thì tĩnh mạch.

5. Phân tích và xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 16.0

2.6. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: 10/2011 đến 2/2013 khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai

KẾT QUẢ

1. Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Số lượng bệnh nhân: 85; Tỷ lệ nam: nữ là 74: 11 (=6.45); Tuổi trung bình là 56.79±9.53 t (Min: 30 Max: 76).

- Mức độ xơ gan: bệnh nhân thuộc Child Pugh A là 74 bệnh nhân (87.1%), Child Pugh B là 11 bệnh nhân (12.9%).

- Nguyên nhân gây ung thư gan: do có virus HBV: 60 bệnh nhân; HCV: 5 bệnh nhân; HCV kết hợp với HBV: 1 bệnh nhân; Sử dụng nhiều Rượu: 5 bệnh nhân; Không tìm thấy nguyên nhân: 14 bệnh nhân.

- Lý do đi khám bệnh đau hạ sườn phải: 37 bệnh nhân; Gầy sút cân: 9 bệnh nhân; Sốt: 8 bệnh nhân; Vàng da: 8 bệnh nhân; phát hiện do kiểm tra sức khỏe: 23 người.

- Kích thước khối u trước điều trị: 29 bệnh nhân có kích thước dưới 3 cm; 41 bệnh nhân có kích thước từ 3-5 cm; chỉ có 15 bệnh nhân có kích thước khối u lớn hơn 5 cm. Số lượng khối u: 70 bệnh nhân có 1 khối u, 12 bệnh nhân có 2 khối u, 3 bệnh nhân có 3 khối u.

2. Kết quả về mặt kỹ thuật

Số lượt đốt sóng: 168 lượt, số lượt đốt sóng trung bình là 2.0±1.2 lần/ 1 bệnh nhân.

Số bệnh nhân sử dụng kim đơn là 25 (29.4%) với số lượt đốt trung bình là 2.04±1.26 lần; số bệnh nhân sử dụng kim chùm là 60(70.6%) với số lượt đốt trung bình là 1.98±1.18 lần.

Số bệnh nhân được đốt sóng cao tần đơn thuần là 40 bệnh nhân (47.1%), số bệnh nhân được điều trị

phối hợp cả đốt sóng cao tần và phương pháp khác như nút mạch, tiêm cồn là 45 bệnh nhân (52.9%).

Bảng 1. Thời gian và cường độ đốt sóng trung bình của từng loại kim

Loại kim	Số lượng bệnh nhân	Thời gian đốt trung bình (phút)	Cường độ đốt trung bình (W)
Kim đơn	25	17±4.7	5.1±1.1
Kim chùm 3cm	26	15± 3.7	87.6 ± 27.6
Kim chùm 4cm	16	17 ± 6.2	97.9 ± 27.0
Kim chùm 5cm	18	18 ± 5.7	109.6± 26.7

3. Theo dõi tác dụng không mong muốn ngay sau khi thực hiện kỹ thuật: Tác dụng không mong muốn sau khi tiến hành RFA: 12 bệnh nhân sốt (14,1%); 25 bệnh nhân đau hạ sườn phải (29,4%)

Biến chứng về mặt kỹ thuật: tổng số 168 lượt đốt sóng, có 3 trường hợp rỉ máu dưới bao gan, chiếm tỉ lệ 1.78%. Tất cả 3 trường hợp sau khi điều trị nội khoa 3 ngày đã ổn định ra viện. Không có biến chứng khác như áp xe gan, viêm phúc mạc, chảy máu trong ổ bụng, di căn theo đầu kim hay tràn khí màng phổi.

4. Thay đổi kích thước khối u, biến chứng và thay đổi về lâm sàng của bệnh nhân trong quá trình theo dõi

Bảng 2. Thay đổi về kích thước khối u sau lần đốt đầu tiên

Kích thước khối u trung bình		Trước điều trị	Sau RFA lần 1
RFA đơn thuần	N	40	40
	Kích thước trung bình	3.0±1.2	3.2±1.0
RFA+TACE/ tiêm cồn	N	45	45
	Kích thước trung bình	4.2±1.7	4.1±1.4

Bảng 3. Các biến chứng trong quá trình theo dõi

Loại biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ phần trăm	Thời gian trung bình theo dõi
Xuất hiện khối mới	10	11.76	3.75±2.2
Có huyết khối tĩnh mạch cửa	3	3.53	6.0±3.0
Tử vong	4	4.70	6.75±2.87

Chất lượng cuộc sống: sau khi đốt sóng, bệnh nhân về nhà không có đau tức hạ sườn phải, không sốt. Nhóm đốt sóng cao tần đơn thuần ăn uống ngon miệng hơn và tăng cân là 17 bệnh nhân (42.5%). Nhóm phối hợp đốt sóng cao tần và nút mạch hoặc tiêm cồn ăn uống ngon miệng hơn và tăng cân là 24 bệnh nhân (53.3%).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 56.79±9.53 cao hơn tuổi trung bình

của bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Nguyệt ánh (tuổi trung bình là 53.3±10.5) [1]. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (87.05%). Triệu chứng thường gặp nhất khiến bệnh nhân phải đi khám bệnh là đau tức hạ sườn phải chiếm 43.5%, tuy nhiên có 23 bệnh nhân tình cờ phát hiện ra khối u gan khi kiểm tra sức khỏe định kỳ.

Mức độ xơ gan: 74 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 87.1% ở giai đoạn Child Pugh A, 11 bệnh nhân còn lại ở giai đoạn Child Pugh B. Đặc điểm này cũng tương tự như nghiên cứu của Shiina trên 1170 bệnh nhân Nhật Bản mắc HCC được tiến hành điều trị bằng RFA có 74.2% bệnh nhân ở mức độ xơ gan Child A, 24.9% bệnh nhân ở mức độ xơ gan Child Pugh B [8].

Nguyên nhân gây ung thư gan: Tỷ lệ cao nhất là do virus viêm gan B và rượu (76.4%), do virus viêm gan C chiếm 5.9% và có 16.5% số bệnh nhân không tìm được nguyên nhân. Kết quả của Shiina 74.4% bệnh nhân mắc virus viêm gan C, virus viêm gan B là 10.9% và uống rượu nhiều chiếm là 14.5%[8]. Nghiên cứu của tác giả Guglielmi trên 112 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan trên nền xơ gan có tỷ lệ nhiễm virus viêm gan C (51%) và uống rượu (31%) [5]. Sự khác biệt này có thể do yếu tố dịch tễ ở Việt Nam tỉ lệ nhiễm virus viêm gan B cao hơn nhiều so với nhiễm virus viêm gan C.

Đặc điểm của khối u

Kích thước khối u trước điều trị có 29 bệnh nhân có kích thước khối u dưới 3 cm; 41 bệnh nhân có kích thước từ 3-5 cm; chỉ có 15 bệnh nhân có kích thước khối u lớn hơn 5 cm. Số lượng khối u: 70 bệnh nhân có 1 khối u, 12 bệnh nhân có 2 khối u, 3 bệnh nhân có 3 khối u. Kết quả của chúng tôi phù hợp với tác giả Guglielmi khối u kích thước < 3cm là 30% [5]. Salhab và cộng sự đã công bố năm 2011 trong nghiên cứu gộp gồm 193 thử nghiệm lâm sàng kết luận RFA nên được lựa chọn là phương pháp điều trị đầu tay đối với các khối u < 3cm[7].

2. Đặc điểm về kỹ thuật

- Kim đốt (kim đơn cực/kim đa cực) phải được đặt đúng vào u đích dưới sự hướng dẫn của siêu âm. Đối với những khối u có đường kính lớn hơn 3 cm, khi tiến hành đốt sóng thường bắt đầu từ rìa của khối u để chắc chắn có được bờ an toàn vừa đủ ở xung quanh khối u [3]

- Mục tiêu điều trị của RFA là phá hủy toàn bộ khối u và phần nhu mô gan lành tiếp giáp với bờ của khối u từ 0.5 – 1 cm [3]. Chính vì thế trong quá trình làm thủ thuật RF, sự hủy u được theo dõi trên siêu âm và vùng u bị nhiệt hủy là vùng tăng âm.

- Số lần đốt sóng: Tổng cộng chúng tôi đã tiến hành 168 lượt đốt sóng trên 85 bệnh nhân với số lần đốt sóng trung bình của bệnh nhân sử dụng kim đơn là 2.04±1.26 lần và kim chùm là 1.98±1.18 lần. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với Đỗ Nguyệt ánh sử dụng kim đơn thuần và khối u kích thước >3cm sẽ phải đốt nhiều lần (trung bình là 3.5 lần). Như vậy kỹ thuật lựa chọn loại kim phù hợp với kích thước khối u giúp giảm thiểu số lần đốt cho bệnh nhân.

- Thời gian đốt sóng trung bình 15 phút. Không có sự khác biệt về thời gian đốt sóng giữa 2 nhóm sử dụng kim đơn và kim chùm. Thời gian đốt sóng trung bình ở nhóm kim đơn là 17 ± 4.7 phút (Min: 10 phút – Max: 30 phút). Tác giả Lê Lộc và Phan Hải Thanh điều trị cho 8 bệnh nhân ung thư gan bằng RFA qua phẫu thuật mở có thời gian trung bình cho mỗi bệnh nhân là 43 phút[2].

- Công suất trung bình sử dụng mỗi lần đốt sóng của kim đơn là $5,1 \pm 1,1$ W (Min: 3 W – Max: 8 W); Nhóm sử dụng kim chùm công suất cao nhất sử dụng là 180 W và thấp nhất là 30 W (Bảng 1). Nghiên cứu của Steven và cộng sự sử dụng dòng RF 50-90W, thời gian từ 5- 10 phút cho khối u 4 đến 5 cm có sử dụng kim chùm thấy có thể phá hủy hoàn toàn khối u [9].

3. Theo dõi trong và sau điều trị

Trong khi làm thủ thuật:

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 85 bệnh nhân với tổng cộng 168 lượt đốt sóng cao tần, chúng tôi không ghi nhận những tai biến nặng như tụt huyết áp hoặc shock.

Sau khi làm thủ thuật

- Tác dụng không mong muốn: 29.4% số bệnh nhân có đau tức hạ sườn phải và 14.1% số bệnh nhân có sốt kéo dài từ 1-3 ngày, đáp ứng với điều trị nội khoa. Nghiên cứu của Đỗ Nguyệt ánh tỷ lệ đau tức hạ sườn phải sau thủ thuật chiếm 79.4%[1]. Sự khác biệt này có thể do số lần đốt trung bình cho một bệnh nhân của chúng tôi ít hơn nên hạn chế được các tác dụng không mong muốn.

- Tai biến: có 3 trường hợp rỉ máu dưới bao gan (1.78%), dấu hiệu lâm sàng bệnh nhân đau tức hạ sườn phải, siêu âm phát hiện có dịch dưới bao gan. Xử trí tai biến: Hai trường hợp được điều trị thuốc giảm đau thông thường đã đáp ứng, một trường hợp phải chọc hút dịch dưới hướng dẫn siêu âm. Nghiên cứu của tác giả Steven có tỉ lệ biến chứng sau RFA là 13.1% trong đó có 1 trường hợp tụ máu dưới bao gan, 1 trường hợp tụ máu dưới da, 1 trường hợp chảy máu muông do hoại tử u, 1 trường hợp tràn khí màng phổi, 2 trường hợp tràn dịch màng phổi gặp ở bệnh nhân có mức độ xơ gan Child Pugh B và Child Pugh C [10]. Nghiên cứu của tác giả Livraghi trên 1610 bệnh nhân được điều trị RFA ghi nhận có 2.2% có tai biến nặng và các tai biến khác chỉ từ 0.1 – 0.7% [6].

Thay đổi về cân nặng

Sau điều trị, ở các thời điểm sau 1 tháng và 3 tháng cân nặng trung bình ở cả 2 nhóm đều có xu hướng tăng. Tỷ lệ tăng cân ở nhóm điều trị RFA đơn thuần là 42.5% và ở nhóm phối hợp TACE+ RFA là 53.3 %.

Thay đổi về kích thước khối u

Sau RFA hay phối hợp TACE + RFA đánh giá kích thước u chủ yếu dựa trên CT gan nhận thấy: Kích thước u trung bình trước và sau điều trị ở nhóm điều trị RFA đơn thuần là 3.0 ± 1.2 và 3.2 ± 1.0 trong khi ở nhóm điều trị phối hợp có kích thước u tương ứng là 4.2 ± 1.7 và 4.1 ± 1.0 . Kết quả này cũng tương tự với nhận xét của tác giả Đỗ Nguyệt ánh. Mục tiêu điều trị

bằng RF là phải phá hủy hoàn toàn khối u và vùng gan lành tiếp giáp với bờ của khối u từ 0.5 – 1 cm. Vì thế vùng hoại tử sau làm thủ thuật sẽ có kích thước lớn hơn kích thước khối u ban đầu. Sự thay đổi này cũng phù hợp với các tác giả Golberg và cộng sự thấy kích thước khối u nhỏ đi sau 6 tháng điều trị bằng RF[4].

Tỉ lệ bệnh nhân xuất hiện khối mới, có huyết khối tĩnh mạch cửa và tử vong

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, tính đến thời điểm ngừng nghiên cứu tỉ lệ bệnh nhân sống là 81/85 (95.29%). Trong số 4 bệnh nhân tử vong, có 3 bệnh nhân bị suy gan do đợt tiến triển của xơ gan, 1 bệnh nhân tử vong do suy kiệt dần sau khi phát hiện ung thư di căn phổi.

- Chúng tôi cũng ghi nhận 3 trường hợp huyết khối tĩnh mạch cửa (3.53%) và 10 trường hợp có xuất hiện khối mới (11.76%) với thời gian trung bình là 3.75 ± 2.2 tháng trong đó có 8 trường hợp khối u >3cm và phải điều trị phối hợp. Nghiên cứu của tác giả Steven ghi nhận có 37/110 trường hợp (33.6%) xuất hiện khối u mới ở gan sau 19 tháng theo dõi, trong đó chủ yếu gặp ở những bệnh nhân có khối u ban đầu kích thước > 4cm [10].

Ưu nhược điểm của phương pháp

Ưu điểm

- Là phương pháp điều trị cho khối u nhỏ có thể thay thế cho phẫu thuật cắt gan và tiêm cồn tuyệt đối. Điều trị triệu chứng kéo dài với các khối u gan lớn ít gây tổn thương nhu mô gan lành. Với các khối kim chùm 5.0 có thể thích hợp điều trị cho các khối u kích thước lên tới 7 cm

- Sau điều trị, bệnh nhân ít đau, thời gian nằm viện ngắn. Sau đó bệnh nhân vẫn sinh hoạt và làm việc bình thường.

- Có thể điều trị cho các khối ung thư thứ phát

- Hiệu quả điều trị thấy ngay sau 1 tháng: tăng cân, đỡ đau tác động tốt đến tâm lý bệnh nhân nâng cao chất lượng cuộc sống

- Kỹ thuật không quá khó, khá an toàn

- Mặc dù thời gian đốt sóng theo qui trình thường kéo dài nhưng hiện tượng tắc kim giữa chừng hầu như không có.

Nhược điểm:

- Không phải là phương pháp điều trị triệt căn

- Phải điều trị nhiều lần

- Tái phát sau điều trị còn nhiều, không khống chế được di căn khác

- Chi phí còn đắt nên chưa áp dụng được rộng rãi

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 85 bệnh nhân được điều trị bằng đốt sóng cao tần, trong đó 40 bệnh nhân được điều trị bằng RF đơn thuần và 45 bệnh nhân được điều trị bằng RF kết hợp với nút hóa chất động mạch gan (TACE), bước đầu có kết luận sau:

Về kỹ thuật: Với 168 lần tiến hành thủ thuật, mỗi bệnh nhân được điều trị 1.97 lần/ 1 bệnh nhân, tỷ lệ tai biến của thủ thuật chiếm 1.78%. Tác dụng không mong muốn là sốt và đau tức hạ sườn phải chiếm

14.1% và 29.4 %. Thời gian đau và sốt ngắn từ 1 đến 3 ngày sau thủ thuật.

Kết quả điều trị:

Đối với nhóm chỉ điều trị RF đơn thuần: 42.5% các bệnh nhân có triệu chứng cơ năng được cải thiện: sau 3 tháng điều trị bệnh nhân ăn tốt, đỡ đau hạ sườn phải, tăng cân.

Đối với nhóm kết hợp RFA+ TACE: 53.3% các bệnh nhân có triệu chứng cơ năng cũng được cải thiện: ăn tốt, đỡ đau hạ sườn phải, tăng cân.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 4 trường hợp bệnh nhân tử vong, 3 trường hợp xuất hiện huyết khối tĩnh mạch cửa, 10 trường hợp xuất hiện thêm khối mới tính đến thời điểm ngừng nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Nguyệt Ánh (2005). “*Bước đầu đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt sóng cao tần (RF) tại khoa tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai*” – Luận văn thạc sỹ y học- trường Đại học Y Hà Nội

2. Lê Lộc, Phan Hải Thanh (2004). “*Bước đầu điều trị ung thư gan nguyên phát và thứ phát bằng Radiofrequency.*” Tạp chí Y học Việt Nam số đặc biệt tháng 4-2004:19-23

3. C- M Lam, K-K –C. Ng, R.T.-P.Poon,V.Ai,J. Yuen and S.T. Fan. (2004). “Impact of radiofrequency ablation on the management of patients with hepatocellular

carcinoma in specialized centre”. *British Journal of Surgery* 2004;91: 334-338.

4. Goldberg SN et al. (2000). “Treatment of intrahepatic malignancy with radiofrequency ablation: radiologic –pathologic correlation”. *Cancer* 2000;88:2452-2453.

5. Guglielmi A et al. (2008). “ Comparison of seven staging system in cirrhotic patients with hepatocellular carcinoma in a cohort of patients who underwent radiofrequency ablation with complete response”. *Am J Gastroenterol*; 103:597-604.

6. Livraghi T et al (1997). “Saline enhanced radiofrequency tissue ablation in the treatment of liver metastases”. *Radiology* 1997: 205-210

7. Salhab et al (2011). “ An overview of evidence-based management of hepatocellular carcinoma: A meta-analysis”. *Journal of Cancer Research and Therapeutics Vol 7*;4: 463 - 475

8. Shiina S et al (2011). “ Radiofrequency Ablation for Hepatocellular Carcinoma: 10 - year outcome and prognostic factors”. *Am J Gastroenterol*; 107: 569 – 577

9. Steven A Curley MD et al. (1999) “Radiofrequency ablation of unresectable primary and metastatic hepatic malignancies”. *Ann. Surg.* July 1999: 1-8

10. Steven A Curley MD et al. (2000) “Radiofrequency ablation of hepatocellular cancer in 110 patients with cirrhosis”. *Ann. Surg* 232;3: 381-391