

Việt Nam vẫn còn chung chung, chưa đưa ra được con số cụ thể về tiêu hao năng lượng và khẩu phần ăn; các thuốc điều trị còn chưa phong phú và phổ cập cho các bác sĩ, việc theo dõi các biến chứng và hiệu quả điều trị chưa được thường xuyên. Những yếu tố trên gör phần số bệnh nhân脱离 đường vẫn phải nhập viện trong tình trạng đường máu tăng. Khuyến cáo của chúng tôi trong quá trình điều trị, các bác sĩ phải nâng cao hơn nữa việc hướng dẫn bệnh nhân tuân thủ các biện pháp điều trị không dùng thuốc, tuân thủ kê đơn thuốc điều trị và chế độ theo dõi, đánh giá định kỳ để giảm thiểu khả năng kháng thuốc, bồi đắp tri, nâng cao ý thức tự giác bệnh của mỗi bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân脱离 đường typ 2 chủ yếu nhóm tuổi cao (trên 60 tuổi) chiếm 72,0%; tỷ lệ bệnh nhân là nữ có tuổi cao chiếm tới 84,9%; có thời gian phát hiện bệnh trên 10 năm chiếm 58,7%.

- Bệnh nhân脱离 đường typ 2: tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát glucose máu kém (chiếm 39,9%) và trung bình (chiếm 42,7%) cao hơn tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát tốt (17,4%); tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát typ 1 HbA1c máu kém (43,4%) và trung bình (49,9%) cao hơn tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát tốt (7,7%).

Kết luận: Kiểm soát nồng độ glucose máu, tỷ lệ HbA1c máu ở bệnh nhân脱离 đường typ 2 chưa được tốt.

ĐÁNH GIÁ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG SỐNG CÒN CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN ĐIỀU TRỊ ĐỐT SÓNG CAO TẦN

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là bệnh lý ác tính thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Đốt sống cao tần (ĐSCT) là phương pháp điều trị tại chỗ phá hủy khối u bằng nhiệt tuy nhiên hiện chưa có nhiều nghiên cứu ở nước ta phân tích các yếu tố tiên lượng sống còn của bệnh nhân được điều trị đốt sống cao tần. Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định thời gian sống thêm và mô tả một số yếu tố tiên lượng sống còn của bệnh nhân UTBMTBG điều trị bằng ĐSCT. Đây là nghiên cứu can thiệp, theo dõi đọc trên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình**, (2006), *Nghiên cứu theo dõi biến chứng脱离 đường ở bệnh nhân đến khám lần đầu tại Bệnh viện Nội tiết*, Nxb y học, Hà Nội, tr. 90-120.
2. **Amber M Otten, Jan Paul Ottewanger**, (2013), "Age-dependent differences in diabetes and acute hyperglycemia between men and women with ST-elevation myocardial infarction: a cohort study", *Diabetology & Metabolic Syndrome* 2013, 5:34, <https://doi.org/10.1186/1758-5996-5-34>.
3. **Arshad Hussain, Iftikhar Ali, Muhammad Ijaz**, (2017), "Correlation between hemoglobin A1c and serum lipid profile in Afghani patients with type 2 diabetes: hemoglobin A1c prognosticates dyslipidemia", *Journal list Ther Adv Endocrinol Metab*. 2017 Apr; 8 (4): 51-57.
4. **Lee SWH1,2, Chan CKY3**, (2017), "Comparative effectiveness of telemedicine strategies on type 2 diabetes management: A systematic review and network meta-analysis", *Sci Rep*. 2017 Oct 4;7(1):12680. doi: 10.1038/s41598-017-12987-z.
5. **Shaun Wen Huey Lee, Carina Ka Yee Chan**, (2017), "Comparative effectiveness of telemedicine strategies on type 2 diabetes management: A systematic review and network meta-analysis", *Published online 2017 Oct 4*. doi: 10.1038/s41598-017-12987-z. PMCID: PMC5627243
- b. **Spijkerman A.M.W, Nijpels G, Dekker J.M, Adriaanse M.C, Kostense P.J, Ruwaard D, Stehouwer C.D.A, Bouter L.M, Heine R.J** (2003), "Microvascular Complication at Time of Diagnosis of Type 2 Diabetes Are Similar Among Diabetic Patients Detected by Targeted Screening and Patient Newly Diagnosis in General Practice", *Diabetes Care*, 26(9), pp. 2604-2608.

Đào Việt Hằng^{1,2}, Đào Văn Long^{1,2}

130 bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn Barcelona (BCLC) 0 và A được điều trị đốt sống cao tần từ tháng 10/2011 đến tháng 6/2016 tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bach Mai với thời gian theo dõi trung bình $30,0 \pm 11,1$ tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 48,5 tháng (CI 95%: 44,7 – 52,4 tháng). Có 31 bệnh nhân tử vong trong quá trình theo dõi (23,8%) với thời gian sống thêm trung bình của nhóm bệnh nhân tử vong là 33,6 tháng (CI 95%: 31,7-35,6 tháng). Tỷ lệ bệnh nhân chết ước tính trung bình là 8,3 người/100 người theo dõi/năm. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong giữa các nhóm khác nhau về số khối, kích thước khối, loại kim, mức độ xơ gan. Phân tích hồi quy Cox ghi nhận tiền sử điều trị phối hợp và đáp ứng điều trị sau 1 tháng có liên quan đến tiên lượng tử vong với $p < 0,05$ và $r = 0,37$. ĐSCT là phương pháp điều trị triệt căn giúp kéo dài thời gian sống thêm của bệnh nhân và các yếu tố đáp ứng điều trị sớm, tiền sử điều trị trước có liên quan đến tiên lượng tử vong.

¹Bộ môn Nội tổng hợp - Đại học Y Hà Nội

²Khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai

Chủ trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: hangdao.fsh@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào gan, đốt sóng cao tần, sống thêm toàn bộ

SUMMARY

SURVIVAL PROGNOSIS FACTORS OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA TREATED BY RADIOfREQUENCY ABLATION

Hepatocellular carcinoma (HCC) is a common malignancy worldwide and in Vietnam. Radiofrequency ablation (RFA) is local therapy to destroy tumor by heat, however, not many studies in our country have been conducted to analyze factors correlating to survival prognosis. This study was conducted to evaluate overall survival after 1 year, 2 years and 3 years and prognostic factors relating in HCC patients treated by RFA. This study was an interventional, follow-up study on 130 HCC patients stage Barcelona (BCLC) 0 and A treated RFA from Oct/2011 to June/2016 in Gastroenterology department of Bach Mai hospital with mean follow up time being 30.0 ± 11.1 months. Overall survival time was 48.5 months (CI 95%: 44.7 – 52.4 months). 31 patients (23.8%) died during follow-up time with mean survival time being 33.6 months (CI 95%: 31.7–35.6 months). The estimated mean death rate was 8.3 /100 follow-up patients/year. There was no difference of survival rate among different groups of number of tumors, tumor size, types of needles and liver cirrhosis severity. Cox regression analysis recorded past history of other therapies and response after 1 month had correlation with survival prognosis ($p < 0.05$ and $r = 0.37$). RFA is a curative therapy to improve overall survival; early response and past history of other therapies are survival prognosis factors for HCC patients treated by RFA.

Keywords: hepatocellular carcinoma, radiofrequency ablation, overall survival

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là bệnh lý ác tính thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam [1]. Đây là bệnh có diễn biến nhanh với tỷ lệ tử vong cao. Phẫu thuật và ghép gan hiện được coi là những phương pháp điều trị triệt để và lý tưởng nhất. Tuy nhiên, theo khuyến cáo của các Hội Gan Mật trên thế giới, tỷ lệ phát hiện được bệnh nhân có giai đoạn thích hợp với chỉ định điều trị của hai phương pháp này không cao và tình trạng tặng ghép còn ít tạo ra khó khăn cho bệnh nhân khi tiếp cận những phương pháp này. Trong bối cảnh đó, đốt sóng cao tần (DSCT) hiện là phương pháp điều trị được nhiều hội gan mật trên thế giới khuyến cáo với ưu điểm như xâm lấn ít, tương đối an toàn, kết quả đáp ứng tốt và có thể áp dụng tại nhiều cơ sở y tế [2,3,4]. Phương pháp này được áp dụng lần đầu năm 2002 tuy nhiên hầu hết các cơ sở y tế hiện nay sử dụng kim đơn khi tiến hành kỹ thuật này [5,6]. Từ năm 2011, tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai đã triển khai kỹ thuật

DSCT sử dụng máy cắt đốt cao tần RF 3000 với hệ thống kim đơn Soloist và kim chùm LeVeen™ lựa chọn theo kích thước khối u. Tuy nhiên hiện chưa có nhiều nghiên cứu tại Việt Nam theo dõi với thời gian dài và đi sâu phân tích về yếu tố tiên lượng sống còn của bệnh nhân được điều trị bằng đốt sóng cao tần. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu:

1. Xác định thời gian sống thêm và tỷ lệ sống tại các thời điểm 1 năm, 2 năm và 3 năm bệnh nhân UTBMTBG điều trị bằng DSCT.

2. Mô tả một số yếu tố tiên lượng sống còn của bệnh nhân UTBMTBG điều trị bằng DSCT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG (theo Hướng dẫn chẩn đoán của Bộ y tế Việt Nam năm 2012) bao gồm: giải phẫu bệnh là UTBMTBG hoặc hình ảnh điện hình trên chụp CLVT/CHT có tiêm thuốc và AFP > 400ng/ml[7].

Bệnh nhân được chỉ định DSCT được lựa chọn theo hướng dẫn của APASL 2010 là những bệnh nhân giai đoạn BCLCA: có 1 khối u gan ≤ 5cm hoặc số khối ≤ 3 và kích thước mỗi khối ≤ 3cm; Xơ gan giai đoạn Child Pugh A, B; toàn trạng tốt với chỉ số PS 0. Những BN đã điều trị bằng phương pháp khác (nút mạch, phẫu thuật, tiêm cồn) nhưng không đáp ứng với điều trị và thuộc giai đoạn BCLCA vẫn được lựa chọn điều trị DSCT[4]. Bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu đã được điều trị DSCT tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2011 – tháng 6/2016, khám lại theo lịch định kỳ với thời gian theo dõi ít nhất 1 năm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân đã được DSCT tại các đơn vị khác. Xơ gan giai đoạn Child Pugh C.

2. Phương pháp nghiên cứu: Áp dụng thiết kế nghiên cứu theo dõi độc không có nhóm chứng ở bệnh nhân UTBMTBG sau điều trị DSCT. Cố mẫu thuận tiện thu nhận tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG đã DSCT để theo dõi ghi nhận thời gian sống thêm.

Các bệnh nhân được theo dõi và đánh giá tình trạng sống sót theo các bước sau:

- Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn.

- Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá tình trạng sống/chết, tiến triển của bệnh sau điều trị tại các thời điểm 1 tháng sau điều trị sau đó 3 tháng/lần trong năm đầu sau đó 6 tháng/lần.

- Các chỉ tiêu theo dõi: tình trạng sống chết của bệnh nhân; Các biến cố sau điều trị; Thời gian xuất hiện các sự kiện (biến cố; sống/chết).

- Tỷ lệ chết được tính toán theo tỷ lệ người/năm: Số người chết/100 người theo dõi/năm.

Tất cả các bệnh nhân được lựa chọn tham gia nghiên cứu được giải thích kỹ lưỡng về mục đích nghiên cứu, theo dõi sau điều trị và tư nguyện tham gia vào nghiên cứu. Nghiên cứu nhằm quản lý bệnh nhân UTBMTBG sau DSCT.

Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thuật toán kiểm định khi bình phương để tìm hiểu sự khác biệt giữa các nhóm. Chúng tôi sử dụng thuật toán Kaplan Meier, phân tích hồi quy Cox để tính toán khả năng sống sót theo thời gian của người bệnh.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Nghiên cứu thu nhận tổng cộng 130 bệnh nhân với 410 lượt DSCT.

- Tuổi trung bình là $57,5 \pm 10,2$. Tỷ lệ nam: nữ là 4,7:1.

- Có 30 bệnh nhân (23,1%) đã từng điều trị bằng phương pháp khác trước khi DSCT: 28

bệnh nhân nút mạch, 1 bệnh nhân tiêm cồn, 1 bệnh nhân phẫu thuật cắt gan.

- Đặc điểm khối u: Có 87 bệnh nhân có 1 khối u (66,9%), 35 bệnh nhân có 2 khối u (26,9%) và 8 bệnh nhân có 3 khối u (6,2%). Tổng cộng 130 bệnh nhân có 181 khối trên siêu âm trước điều trị trong đó 53 khối có kích thước $< 2\text{cm}$ (29,3%), 83 khối có kích thước 2 - 3cm (45,9%) và 45 khối có kích thước $> 3\text{cm}$ (24,8%).

- Giai đoạn: không xơ gan - 2,3%, xơ gan Child Pugh A - 87,7% và Child Pugh B - 10%;

- Tổng số lần DSCT - 410 lần. Số lần DSCT trung bình cho mỗi khối u gan là $2,0 \pm 1,1$ lần. Có sự khác biệt về số lần đốt giữa các loại kim: kim đơn 1.0 là $1,8 \pm 1,0$ lần, các loại kim chùm LeVeen là $2,3 \pm 1,3$ lần ($p < 0,05$).

3.2. Quá trình theo dõi:

- Thời gian theo dõi bệnh nhân trong nghiên cứu trung bình $30,0 \pm 11,1$ tháng.

- Tổng số bệnh nhân tử vong trong quá trình theo dõi: 31 người.

Bảng 1: Tỷ lệ bệnh nhân chết theo thời gian theo dõi.

	Thời gian theo dõi			
	1-12 tháng	13 - 24 tháng	25 - 36 tháng	>36 tháng
Tổng số BN theo dõi	130	123	86	33
Số BN tử vong	6	13	10	2
Tỷ lệ sống (%)	95,4	89,4	88,4	93,9
Tỷ lệ chết (%)	4,6	10,6	11,6	6,1

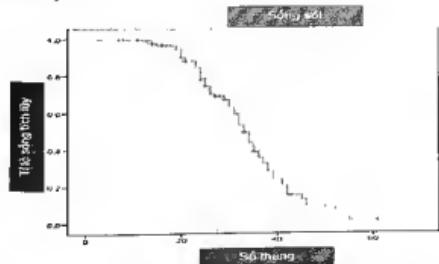
Nhận xét: Nếu tính tổng số lượt bệnh nhân được theo dõi là 372 người trong vòng 4 năm có 31 bệnh nhân tử vong, tỷ lệ bệnh nhân chết ước tính trung bình là 8,3 người/100 người theo dõi/năm. Tỷ lệ chết ước tính trong năm thứ nhất 4,6 người/100 người/năm; Tỷ lệ chết ước tính trong năm thứ hai 10,6 người/100 người/năm; Tỷ lệ chết ước tính trong năm thứ ba 11,6 người/100 người/năm. Tỷ lệ chết ước tính trong năm thứ tư 6,1 người/100 người/năm.

Thời gian sống thêm của bệnh nhân sau điều trị

- Có 31 bệnh nhân tử vong trong quá trình theo dõi (23,8%) với thời gian sống thêm trung bình là 33,6 tháng (CI 95%: 31,7-35,6 tháng). Nguyên nhân tử vong: Có 10 trường hợp do xuất huyết tiêu hóa (32,3%), 9 trường hợp do suy gan (29,0%), 7 trường hợp do di căn (22,6%) (trong đó 1 trường hợp di căn toàn bộ khắp gan, 2 trường hợp di căn đường mật, 1 trường hợp di căn não, 3 trường hợp di căn phổi), 2 trường hợp do u gan vỡ (6,5%) và 3 trường hợp không rõ nguyên nhân.

- Không có sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa các nhóm khác nhau về kích thước khối, số khối và loại kim sử dụng nhưng nguy cơ tử vong tăng ở nhóm bệnh nhân xơ gan Child Pugh B, có 1 khối u $> 3\text{cm}$ hoặc có 2-3 khối u (bảng 2)

Thời gian sống thêm không tiến triển bệnh trung bình là 30,9 tháng (CI 95%: 28,7-33,0 tháng).



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ của các bệnh nhân trong nghiên cứu

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình của tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu là 48,5 tháng (CI 95%: 44,7 - 52,4 tháng).

Bảng 2. Tỷ lệ tử vong ở một số nhóm bệnh nhân

Đối tượng		Số BN N=130	Số BN tử vong(n=31)	Tỷ lệ tử vong(%)	So sánh
Nhóm 1: có 1 khối u kích thước ≤ 3cm	Tổng nhóm 1	54	11	20,4	>0,05
	Child Pugh A và không xơ gan	47	8	17,0	
	Child Pugh B	7	3	42,9	
Tỷ số HR Child B so với A = 2,5 lần					
Nhóm 2: có 1 khối u kích thước > 3cm	Tổng nhóm 2	33	11	33,3	>0,05
	Child Pugh A và không xơ gan	30	9	30,0	
	Child Pugh B	3	2	66,7	
Tỷ số HR Child B so với A = 2,0 lần					
Nhóm 3: Có 2 - 3 khối u <=3cm	Tổng nhóm 3	43	9	20,9	>0,05
	Child Pugh A và không xơ gan	40	9	22,5	
	Child Pugh B	3	0	0	
Tỷ số HR nhóm Child B so với Child A = 1,7 Child B: 5/13 (38,5%), Child A: 26/117 (22,2%)					
Tỷ số HR nhóm 1 khối u so với nhóm nhiều khối u = 1,2 1 khối: 22/87 (25,3%), Nhiều khối: 9/43 (20,9%)					>0,05

- Có sự khác nhau về tỷ lệ tử vong ở các nhóm bệnh nhân nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

- Phân tích hồi quy Cox ghi nhận chỉ có tiền sử điều trị phổi hợp và đáp ứng điều trị sau 1 tháng có liên quan đến tiên lượng tử vong trong đó tiền sử điều trị phổi hợp có tương quan thuận, đáp ứng điều trị sau 1 tháng có tương quan nghịch với p lần lượt là 0,001 và 0,02 và r = 0,37.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, có 31 bệnh nhân tử vong trong quá trình theo dõi (23,8%) với thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu là 48,5 tháng (CI 95%: 44,7 – 52,4 tháng) và thời gian sống thêm trung bình của nhóm bệnh nhân tử vong là 33,6 tháng (CI95%: 31,7-35,6 tháng). Tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 năm và 2 năm của chúng tôi tương tự với công bố trong nhiều nghiên cứu về đốt sống cao tần trên thế giới. Một nghiên cứu tại Nhật Bản của tác giả Tateishi và cs trên 664 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan với 1000 lượt đốt sống cao tănghi nhận tỷ lệ sống tại thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 94,7%, 86,1% và 67,4% với những bệnh nhân không có tiền sử điều trị trước đó và 91,8%, 75,6% và 62,4% với những bệnh nhân tái phát sau điều trị bằng các phương pháp khác. Nghiên cứu tác giả Curley và cs sử dụng hệ thống kim LeVeen với thời gian theo dõi trung bình là 24 tháng trên 59 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan cũng ghi nhận tỷ lệ sống tại thời điểm 1 năm và 3 năm là 94,4% và 65%. Một hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi khiến tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 3 năm thấp là do số bệnh nhân có thời gian theo

dõi trên 3 năm còn ít (33 bệnh nhân). Về nguyên nhân tử vong trong nghiên cứu này, chiếm tỷ lệ cao nhất xuất huyết tiêu hóa (32,3%), tiếp theo là suy gan (29,0%) và di căn của ung thư (22,6%). Đây là điểm khác biệt so với nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới với tỷ lệ tử vong cao nhất là do tiến triển trực tiếp của ung thư. Như vậy, tỷ lệ sống trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các tác giả nước ngoài nhưng nguyên nhân tử vong là xuất huyết tiêu hóa và suy gan gấp với tỷ lệ cao hơn. Điều này một phần là do tỷ lệ những bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản của chúng tôi cao (8,8%) và việc phòng ngừa biến chứng xuất huyết tiêu hóa ở những bệnh nhân ung thư gan còn chưa được chặt chẽ.

Trong nghiên cứu của tác giả Lưu Minh Diệp sử dụng kim đơn cực, tỷ lệ sống sau 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 74% và 56,3% [6]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ sống sau 1 năm và 2 năm cao hơn khi so sánh với nghiên cứu sử dụng kim đơn cực trước đây.

Khi phân tích hồi quy Cox, ghi nhận tiền sử điều trị phổi hợp và đáp ứng điều trị sau 1 tháng có tương quan với tử vong của bệnh nhân. Kết quả này tương tự như kết quả của một số tác giả trên thế giới ghi nhận tỷ lệ sống tại các thời điểm theo dõi đọc của nhóm không có tiền sử điều trị cao hơn so với những bệnh nhân có tiền sử điều trị trước đó và các yếu tố tuổi, antiHCV, phân độ Child Pugh, kích thước và số khối có liên quan đến tử vong.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 130 bệnh nhân được điều trị bằng đốt sống cao tần với thời gian theo dõi

trung bình là $30,0 \pm 11,1$ tháng chúng tôi ghi nhận có 31 bệnh nhân (23,8%) tử vong với thời gian sống thêm toàn bộ là 48,5 tháng (CI 95%: 44,7 – 52,4 tháng). Tỷ lệ sống sót tích lũy tại thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 95,4%, 89,4% và 88,4%. Đáp ứng sau 1 tháng và tiền sử đã điều trị là những yếu tố có liên quan đến tỷ lệ sống còn của bệnh nhân.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu được thực hiện với sự hỗ trợ và giúp đỡ của các bác sĩ và điều dưỡng khoa Tiêu hóa, khoa Chẩn đoán hình ảnh, khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện Bạch Mai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- GLOBOCAN 2012** [online]. Available at, http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx [Accessed 27th July 2015]
- Bruix J, Sherman M;** American Association for the Study of Liver Diseases (2011). Management of

hepatocellular carcinoma, an update. *Hepatology*, 53(3), 1020 -2

- European Association for Study of Liver,** European Organisation for Research and Treatment of Cancer (2012). EASL- EORTC clinical practice guidelines,management of hepatocellular carcinoma. *Eur J Cancer*, 48(5), 599 - 641
- Omata M, Lesmana LA, Tateishi R et al (2010).** Asian Pacific Association for the Study of the Liver consensus recommendations on hepatocellular carcinoma. *Hepatol Int*, 4(2), 439 -74.
- Đào Văn Long, Đỗ Nguyệt Anh (2007).** Bước đầu đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt sóng cao tần (RFA) tại khoa tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam*, 2 (5): 284 - 90
- Lưu Minh Diệp, Đào Văn Long, Trần Minh Phương (2007).** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, alphafeto protein và hình ảnh ung thư biểu mô tế bào gan sau điều trị bằng nhiệt tần số radio. *Tạp chí nghiên cứu y học*, 53 (5), 23-29.
- Bộ y tế (2012).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát.

MỐI TƯỞNG QUAN GIỮA CÁC HỆ THỐNG PHÂN LOẠI THỊ TRƯỜNG TRONG BỆNH GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYỄN PHÁT

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh các hệ thống phân loại giai đoạn tổn thương thị trường trên bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát (GGMNP). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 55 bệnh nhân (90 mắt) đến khám và điều trị tại Bệnh viện mắt Trung Ương từ 9/2016 – 9/2017. **Kết quả:** 38% các đối tượng tham gia nghiên cứu thuộc lứa tuổi trung niên và chủ yếu là nữ với số lượng chiếm trên 50%. Trong 90 mắt được khám trên 55 bệnh nhân, các chỉ số trung bình của thị trường lần lượt là MD -11,49 dB, PSD 5,85 dB, VFI 74,2%. Trong chẩn đoán xác định, HPA và mGSS đồng nhất với AGIS ở mức cao ($K > 0,6$) và cao hơn mức đồng nhất của eGSS với AGIS ($0,73$ và $0,75$ so với $0,399$) với $p < 0,001$. Trong chẩn đoán giai đoạn, HPA và mGSS có mức đồng nhất cao ($K > 0,6$) với AGIS còn eGSS đạt mức đồng nhất vừa ($K < 0,4$). HPA, eGSS và mGSS tương quan rất chặt với AGIS ($p < 0,8$) nhưng mức tương quan của HPA và mGSS với AGIS cao hơn eGSS. **Kết luận:** mGSS và HPA có xu hướng cho kết quả phân loại gần với các phân loại chuẩn nhiều hơn so với eGSS. Nên sử dụng phân loại mGSS cho thực hành lâm sàng và nghiên cứu khoa học.

Từ khóa: phân loại thị trường, glôcôm, so sánh, đồng nhất.

Hoàng Thanh Tùng*, Bùi Thị Vân Anh**

SUMMARY

COMPARING FUNCTION STAGING SYSTEMS IN GLAUCOMA

Objective: To compare visual field staging classifications in patients with primary open angle glaucoma (POAG). **Patients and Methods:** Cross-section study on 55 patients (90 eyes) examined and treated in Vietnam National Institute of Ophthalmology from 9/2016 – 9/2017. **Results:** 38 patients were at the middle age and female was predominant with more than 50%. Mean visual field indexes were -11.49 dB (MD), 5.85 dB (PSD), 74.2% (VFI). In terms of definitive diagnosis, HPA and mGSS showed a substantial agreement ($K > 0.6$) with AGIS which is higher than that between eGSS and AGIS (retrospectively 0.773 and 0.75 vs 0.399) with $p < 0.001$. In terms of staging detection, the agreement between HPA & mGSS and AGIS was substantial ($K > 0.6$) while that between eGSS and AGIS was fair ($K < 0.4$). All systems had significant correlations with AGIS ($p > 0.8$); the correlation between HPA & mGSS and AGIS were higher than that between eGSS and AGIS. **Conclusion:** mGSS and HPA tend to show the stronger agreement with the standard classification than eGSS. MGSS should be used in clinical practice and research.

Keywords: categorical classification system, glaucoma, compared, agreement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ khi hệ thống phân loại giai đoạn tổn thương thị trường của Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ lần đầu tiên được công bố vào năm 1958, cho tới nay đã có hơn 20 hệ thống phân loại ra đời

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Mắt Trung ương

Chủ trách nhiệm chính: Hoàng Thanh Tùng

Email: tungthanhhoangmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2017

Ngày duyệt bài: 29.12.2017