

hướng dẫn của NCCN, bệnh nhân được chụp CT hoặc MRI bụng và CT phổi 3 – 6 tháng/ lần trong vòng 3 năm đầu; 6 tháng/ lần trong 2 năm tiếp theo; sau đó 1 năm 1 lần.

III. KẾT LUẬN

Leiomyosarcoma sau phúc mạc là khối u ác tính hiếm gặp. Bệnh thường phát triển âm thầm đến khi có kích thước lớn trước khi gây đau chèn ép hoặc tình cờ phát hiện. Chẩn đoán trước mổ thường dựa trên hình ảnh CT hoặc MRI. Chẩn đoán xác định dựa trên hóa mô miễn dịch với các dấu ấn SMA, Desmin, h – Caldesmon. Phẫu thuật đóng vai trò quan trọng với những leiomyosarcoma chưa di căn. Cắt trọn u đảm bảo diện cắt âm tính là một yếu tố tiên lượng quan trọng với khả năng tái phát và thời gian sống thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cody III HS, Turnbull AD, Fortner JG, Hajdu SI.** The continuing challenge of retroperitoneal sarcomas. *Cancer*. 1981;47(9):2147–52.
2. **Hartman DS, Hayes WS, Choyke PL, Tibbetts GP.** From the archives of the AFIP. Leiomyosarcoma of the retroperitoneum and inferior vena cava: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics*. 1992 Nov;12(6):1203–20.
3. **Wile AG, Evans HL, Romsdahl MM.** Leiomyosarcoma of soft tissue: A clinicopathologic study. *Cancer*. 1981;48(4):1022–32.
4. **Adam YG, Oland J, Halevy A, Reif R.** Primary retroperitoneal soft-tissue sarcomas. *Journal of Surgical Oncology*. 1984;25(1):8–11.
5. **Bathan AJ, Constantinidou A, Pollack SM, Jones RL.** Diagnosis, prognosis, and management of leiomyosarcoma: recognition of anatomic variants. *Current Opinion in Oncology*. 2013 Jul;25(4):384.
6. **Guillou L, Aurias A.** Soft tissue sarcomas with complex genomic profiles. *Virchows Arch*. 2010 Feb 1;456(2):201–17.
7. **Rajiah P, Sinha R, Cuevas C, Dubinsky TJ, Bush WH, Kolokythas O.** Imaging of Uncommon Retroperitoneal Masses. *RadioGraphics*. 2011 Jul;31(4):949–76.
8. **Cooley CL, Jagannathan JP, Kurra V, Tirumani SH, Saboo SS, Ramaiya NH, et al.** Imaging Features and Metastatic Pattern of Non-IVC Retroperitoneal Leiomyosarcomas: Are They Different From IVC Leiomyosarcomas? *Journal of Computer Assisted Tomography*. 2014 Oct;38(5): 687.
9. **Surgical management of primary retroperitoneal sarcoma | British Journal of Surgery | Oxford Academic [Internet].** [cited 2024 Sep 25]. Available from: <https://academic.oup.com/bjs/article/97/5/698/6142139>

CHỈ SỐ ALBUMIN-BILIRUBIN (ALBI) VÀ CHỈ SỐ TIỂU CẦU - ALBUMIN - BILIRUBIN (PALBI) Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ GAN CÓ XƠ GAN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Mỹ Duyên¹, Nguyễn Thị Hoa¹,
Nguyễn Thị Hồng Anh², La Hoàng Thiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối liên quan giữa chỉ số ALBI và chỉ số PALBI với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan có xơ gan tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 112 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) có xơ gan điều trị tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 5/2022-8/2024. **Kết quả:** Trong tổng số 112 bệnh nhân chủ yếu là nam giới (76,8%), độ tuổi trung bình là 52,3±10,4 (năm). Tỷ lệ bệnh nhân UTBMTBG nhiễm virus viêm gan B chiếm 59,8%. Số bệnh nhân có khối u ở gan phải chiếm tỷ lệ cao nhất (65,2%), tỷ lệ bệnh nhân có 1 khối u là

52,7%. Đa số bệnh nhân có kích thước khối u ≥ 3 cm. Có 45,5% bệnh nhân có nồng độ AFP > 400 ng/mL. Tỷ lệ Child Pugh A, B, C tương ứng là 67%, 22,3% và 10,7%. Tỷ lệ ALBI 1, 2, 3 tương ứng là tương ứng là 31,3%, 58,9% và 9,8%. Tỷ lệ PALBI 1, PALBI 2, PALBI 3 tương ứng là 36,6%; 38,4% và 25%. **Kết luận:** Điểm ALBI tăng dần theo nồng độ AFP huyết tương và số lượng khối u. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm ALBI với kích thước khối u. **Từ khóa:** ALBI, PALBI, Child Pugh, ung thư biểu mô tế bào gan.

SUMMARY

ALBUMIN-BILIRUBIN (ALBI) AND PLATELET-ALBUMIN-BILIRUBIN (PALBI) GRADES IN PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA WITH CIRRHOSIS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: To analyze of the relationship between ALBI, PALBI grades and some clinical and subclinical characteristics in patients with hepatocellular carcinoma (HCC) with cirrhosis at Thai

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa

Email: hoanguyenthi74hstn@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

Nguyen National Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional study of 112 patients with HCC with cirrhosis at Thai Nguyen National Hospital from May 2022 to August 2024. **Results:** A total of 112 patients were studied. The majority were males (76.8%), average age were 52.3 ± 10.4 (year old). History of hepatitis B was 59.8%. The rate of Child-pugh A, B, C were: 67%, 22.3% and 10.7%, respectively. The rate of ALBI of grades 1,2,3 were 31.3%, 58.9% and 9.8% respectively; The rate of PALBI of grades 1,2,3 were 36.6%, 38.4% and 25.0% respectively. **Conclusions:** ALBI grades increased gradually with plasma AFP concentration and tumor number. There was no significant difference in ALBI grades with tumor size. **Keywords:** ALBI, PALBI, Child Pugh, hepatocellular carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ở Việt Nam ung thư gan có lệ mới mắc và tử vong hàng đầu trong tất cả các loại ung thư, trong đó 75 - 80% ung thư gan phát triển trên nền xơ gan. Có nhiều thang điểm để đánh giá chức năng gan ở bệnh nhân xơ gan trong đó có thang điểm Child-Pugh (CTP). Tuy nhiên, đánh giá chức năng gan theo điểm CTP có một số hạn chế vì có 2 yếu tố trong thang điểm CTP là dịch cổ chướng và hội chứng não gan mang tính chất chủ quan và có 2 yếu tố ảnh hưởng lẫn nhau là nồng độ albumin và tình trạng cổ chướng. Ngoài ra, thang điểm CTP đầu tiên được xây dựng để đánh giá chức năng gan cho bệnh nhân xơ gan, chứ không phải UTBMTBG [8].

Năm 2015, tác giả Johnson đưa ra phân độ ALBI (Albumin-Bilirubin) nhằm khắc phục những điểm hạn chế của phân loại CTP. Một số nghiên cứu đã bổ sung số lượng tiểu cầu vào công thức tính ALBI với vai trò là một chất chỉ điểm thay thế để phản ánh tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa và xây dựng nên phân độ PALBI (Platelet - Albumin - Bilirubin). Cả 2 phân độ ALBI và PALBI được đề xuất là những thang đo lường khách quan để đánh giá chức năng gan ở bệnh nhân xơ gan [8].

Hầu hết bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan có liên quan đến bệnh gan mạn tính, thường trên nền xơ gan phát triển thành HCC. Tỷ lệ sống còn của bệnh nhân HCC phụ thuộc giai đoạn khối u và chức năng gan [8]. Ở Việt Nam nền kinh tế còn nhiều khó khăn, việc đánh giá chức năng gan cũng như tiên lượng bệnh nhân ung thư gan dựa vào chỉ số ALBI và PALBI là phương pháp mới khách quan, dễ triển khai ở tuyến cơ sở. Vì vậy, đề tài này được thực hiện với mục tiêu: Phân tích mối liên quan giữa chỉ số ALBI và chỉ số PALBI với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan có xơ gan tại bệnh viện Trung ương

Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) có xơ gan điều trị nội trú tại khoa Nội Tiêu hóa, Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 8 năm 2024.

+ Bệnh nhân được chọn theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế năm 2012: Bệnh nhân có một trong ba tiêu chuẩn sau:

- Có bằng chứng về mô bệnh học hoặc tế bào học.

- Hình ảnh điển hình trên CT scan ổ bụng có cản quang hoặc cộng hưởng từ (MRI) có cản từ + AFP > 400 ng/mL.

- Hình ảnh điển hình trên CT scan ổ bụng có cản quang hoặc cộng hưởng từ (MRI) ổ bụng có cản từ + AFP tăng cao hơn bình thường (Nhưng <400 ng/mL) + có nhiễm virus viêm gan B hoặc C.

+ Bệnh nhân có đủ các xét nghiệm theo yêu cầu nghiên cứu.

+ Bệnh nhân chấp nhận tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân đã được truyền Albumin trong 20 ngày (theo thời gian bán thải của Albumin).

+ Rối loạn đông máu PT<60%, tiểu cầu<50G/L

+ Mặc các bệnh lý kèm theo như suy thận, suy tim; Bệnh nhân mắc các bệnh về máu ảnh hưởng đến số lượng tiểu cầu.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Chẩn đoán chức năng gan theo thang điểm của Child-Pugh.

Bảng 2.1. Cách tính điểm của Child-pugh

Tiêu chuẩn để đánh giá	1 điểm	2 điểm	3 điểm
- Bilirubin huyết tương ($\mu\text{mol/L}$)	<35	35-50	>50
- Albumin huyết tương (g/L)	>35	28-35	<28
- Prothrombin (%)	>60	40-60	<40
- Ý thức	Tỉnh	Lơ mơ	Hôn mê
- Cổ chướng	Không	Nhẹ	Vừa

Child-Pugh A: 5-6 điểm, tiên lượng tốt.

Child-Pugh B: 7-9 điểm, tiên lượng dè dặt.

Child-Pugh C: ≥ 10 điểm, tiên lượng xấu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 8 năm 2024

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên; Khoa Nội Tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên; Khoa Sinh hóa Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Bộ môn Hóa sinh Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn, không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

+ Một số đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi, giới, tiền sử bệnh kèm theo.

+ Các xét nghiệm cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (Số lượng tiểu cầu).

- Định lượng nồng độ albumin, Bilirubin, AFP

- Xét nghiệm đông máu cơ bản: PT.

- Test nhanh: HBsAg, HCV Ab.

- Chỉ số ALBI; chỉ số PALBI:

+ Chỉ số ALBI được tính theo công thức:

$ALBI = (0,66 \times \log \text{bilirubin } [\mu\text{mol/L}]) - (0,085 \times \text{albumin } [\text{g/L}])$

Dựa vào ALBI, UTBMTBG được chia thành 3 nhóm:

ALBI 1: $< -2,6$

ALBI 2: $-2,6 \leq ALBI \leq -1,39$

ALBI 3: $> -1,39$

+ Chỉ số PALBI = $2,02 \times \log \text{bilirubin } [\mu\text{mol/L}] - 0,37 \times (\log \text{bilirubin } [\mu\text{mol/L}])^2 - 0,04 \times \text{albumin } [\text{g/L}] - 3,48 \times \log \text{tiểu cầu } (\text{G/L}) + 1,01 \times (\log \text{tiểu cầu } [\text{G/L}])^2$.

Dựa vào PALBI, UTBMTBG được chia làm 3 nhóm:

PALBI-1: $< -2,53$

PALBI-2: $-2,53 \leq PALBI \leq -2,09$

PALBI-3: $> -2,09$

+ Siêu âm: hình ảnh siêu âm của khối UTBMTBG có thể là khối giảm âm, tăng âm hoặc hỗn hợp âm, có thể có dấu hiệu mất trâu, thể lan tỏa. Đánh giá vị trí u, số lượng u, kích thước u.

2.5. Kỹ thuật thu thập và xử lý số liệu.

Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm Stata 14.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Y đức trường Đại học Y Dược

Thái Nguyên thông qua theo QĐ số 774/ĐHYD-HĐDD ngày 19 tháng 7 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 8 năm 2024 chúng tôi thu thập được 112 bệnh nhân UTBMTBG với kết quả như sau:

Bảng 3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Chỉ số	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm) $\bar{X} \pm SD$	52,3±10,4	
Giới		
- Nam	86	76,8
- Nữ	26	23,2
Tiền sử		
- Viêm gan B	67	59,8
- Viêm gan C	21	18,8
- Viêm gan B, C	11	9,8
- Nghiện rượu	23	20,5

Nhận xét: Bệnh nhân ở độ tuổi trung bình 52,3±10,4 (năm), giới nam chiếm chủ yếu (76,8%). Tỷ lệ bệnh nhân UTBMTBG nhiễm virus viêm gan B chiếm 59,8%, có 11 bệnh nhân đồng nhiễm virus viêm gan B, C. Số bệnh nhân lạm dụng rượu mạn tính chiếm 20,5%.

Bảng 3.2. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Vị trí u		
Gan phải	73	65,2
Gan trái	24	21,4
Lan tỏa	15	13,4
Số lượng u		
1 u	59	52,7
≥2 u	53	47,3
Kích thước u		
<3 cm	25	22,3
≥3 cm	87	87,7
AFP (ng/mL)		
≤400	61	54,5
>400	51	45,5

Nhận xét: Số bệnh nhân có khối u ở gan phải chiếm tỷ lệ cao nhất (65,2%), khối u ở gan trái chiếm 21,4%. Đa số bệnh nhân có 1 khối u (52,7%), tỷ lệ bệnh nhân có 2 khối u trở lên chiếm 47,3%. Có 87,7% bệnh nhân có khối u ≥3 cm. Có 51 bệnh nhân (45,5%) nồng độ AFP>400ng/mL.

Bảng 3.3. Đánh giá chức năng gan theo các thang điểm ở nhóm nghiên cứu

Phân loại	1	2	3	$\bar{X} \pm SD$
Thang điểm	n (%)	n (%)	n (%)	
Child Pugh	75 (67,0)	25 (22,3)	12 (10,7)	7,55±3,17
ALBI	35 (31,3)	66 (58,9)	11 (9,8)	-2,33±0,25
PALBI	41 (36,6)	43 (38,4)	28 (25,0)	-2,45±0,51

Nhận xét: Điểm trung bình theo các thang điểm Child Pugh (CTP), ALBI, PALBI tương ứng là 7,55±3,17; -2,33±0,25; -2,45±0,51. Số bệnh nhân Child Pugh A chiếm tỷ lệ cao nhất (67%). Theo thang điểm ALBI, PALBI đa số bệnh nhân ở mức 2, với tỷ lệ tương ứng là 58,9% và 38,4%.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa các thang điểm với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Thang điểm	ALBI	p	PALBI	p	CTP	p
AFP	≤400	-2,37±0,23	<0,05	-2,47±0,41	>0,05	6,69±3,49	>0,05
	>400	-1,99±0,19		-2,36±0,32		7,71±3,53	
Số lượng u	1 u	-2,35±0,27	<0,05	-2,41±0,47	>0,05	6,29±3,45	>0,05
	≥2 u	-2,01±0,21		-2,32±0,37		7,99±3,13	
Kích thước u	<3 cm	-2,32±0,37	>0,05	-2,49±0,51	>0,05	6,78±3,51	>0,05
	≥3 cm	-2,22±0,27		-2,32±0,45		7,61±3,28	

Nhận xét: Điểm ALBI cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân UTBMTBG có nồng độ AFP>400 ng/mL, có số lượng khối u ≥2 u so với nhóm có nồng độ AFP≤400 ng/mL, nhóm có 1 khối u. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm ALBI theo kích thước khối u. Điểm PALBI và điểm Child Pugh không có sự khác biệt giữa các nhóm theo nồng độ AFP, số lượng khối u và kích thước khối u.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 76,8%, nữ chiếm 23,2%; tuổi trung bình là 52,3±10,4 năm. Tỷ lệ bệnh nhân UTBMTBG nhiễm virus viêm gan B chiếm 59,8%, có 11 bệnh nhân đồng nhiễm virus viêm gan B, C. Số bệnh nhân lạm dụng rượu mạn tính chiếm 20,5%. Tác giả Huỳnh Thanh Long (2023) nghiên cứu trên 48 bệnh nhân UTBMTBG được phẫu thuật cắt gan từ tháng 6/2025-6/2022 kết quả cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 3/1; tuổi trung bình là 55,2 ± 10,2 tuổi, tiền sử viêm gan siêu vi B và C chiếm 75,0% [1]. Tác giả Nguyễn Công Long nghiên cứu trên 224 bệnh nhân UTBMTBG tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2018 đến tháng 5/2019, kết quả cho thấy tuổi trung bình là 59 (năm), dao động từ 28 - 90 tuổi, tỷ lệ nam chiếm 83%, tỷ lệ nữ chiếm 17%, tỷ lệ bệnh nhân UTBMTBG nhiễm virus viêm gan B chiếm 50%, có 3,1% số bệnh nhân đồng nhiễm virus viêm gan B, C. Số bệnh nhân lạm dụng rượu mạn tính chiếm 17% [2]. Tác giả Wang (2020) đã nghiên cứu về chỉ số ALBI và Child-Pugh để dự báo khả năng sống thêm toàn bộ (OS) ở 173 bệnh nhân ung thư gan biểu mô tế bào gan (HCC), kết quả cho thấy tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 51,9±11,9, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm đa số (85,5%), có 84,4% số bệnh nhân nhiễm virus viêm gan B [8].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân có khối u gan phải chiếm 65,2%, số bệnh nhân có 1 khối u chiếm 52,7%, có 87,7% bệnh nhân có kích thước khối u ≥3

cm. Kết quả nghiên cứu của tác giả Huỳnh Thanh Long cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có khối u ở gan phải chiếm 63,4%, số bệnh nhân có 1 khối u chiếm 53,2%, số bệnh nhân có kích thước khối u >3cm chiếm 40,2% [1]. Về nồng độ AFP huyết tương, trong nghiên cứu của chúng tôi có 45,5% số bệnh nhân có nồng độ AFP huyết tương>400 ng/mL. Theo nghiên cứu của tác giả Wang, tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ AFP huyết tương>400 ng/mL là 51,4% [8]. Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ AFP huyết tương>400 ng/mL trong nghiên cứu của tác giả Huỳnh Thanh Long là 68,8% [1], tác giả Lê Hoài Thương là 69,3% [3].

Chỉ số ALBI, PALBI ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Bệnh nhân UTBMTBG có xơ gan thì tiên lượng sống còn phụ thuộc vào giai đoạn khối u và chức năng gan của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 75 bệnh nhân (67,0%) xơ gan Child-Pugh A, 35 bệnh nhân (31,3%) xơ gan Child-Pugh B và 41 bệnh nhân (36,6%) xơ gan Child-Pugh C. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Long trên 224 bệnh nhân xơ gan có UTBMTBG có 154 (68,8%) bệnh nhân xơ gan Child-Pugh A, 45 (20,1%) bệnh nhân xơ gan Child-Pugh B, 25 (11,1%) bệnh nhân xơ gan C [2]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Huy Toàn trên 82 bệnh nhân UTBMTBG có xơ gan cho thấy có 72,3% bệnh nhân xơ gan Child-Pugh A, 20,7% bệnh nhân xơ gan Child-Pugh B, 6,1% bệnh nhân xơ gan C [4]. Tác giả Mohammadi (2018) đã nghiên cứu trên 124 bệnh nhân UTBMTBG, kết quả cho thấy có 108 (87,1%) bệnh nhân xơ gan Child-Pugh A, 14 (11,3%) bệnh nhân xơ gan Child-Pugh B, 2 (1,6%) bệnh nhân xơ gan C [6]. Tác giả Chen PH (2017) đã nghiên cứu trên 1283 bệnh nhân UTBMTBG cho thấy có 70,4% Child-Pugh A, 23,3% Child-Pugh B, 6,3% Child-Pugh C [5]. Theo ghi nhận thì đánh giá chức năng gan dựa trên thang điểm Child-Pugh cho kết quả khá khác nhau giữa các nghiên cứu. Một nhược điểm của phân loại Child-Pugh là khó đánh giá ở những trường hợp chức năng gan ở ranh giới giữa thang điểm A và B hoặc thang điểm B và C. Vì vậy, nếu đánh giá chức năng gan chỉ dựa trên

thang điểm Child-Pugh có thể sẽ không chính xác.

Đánh giá chức năng gan dựa trên thang điểm ALBI, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm ALBI 1, ALBI 2, ALBI 3 tương ứng là 31,3%, 58,9% và 9,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Long với điểm ALBI 1 chiếm 28,1%, ALBI 2 chiếm 54,9%, ALBI 3 chiếm 17,0% [2]. Điểm ALBI 1, ALBI 2, ALBI 3 trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Huy Toàn tương ứng là 39,2%, 54,9% và 12,2% [4]. Nghiên cứu của tác giả Chen trên 3.128 bệnh nhân UTBMTBG cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân ALBI-1,2,3 tương ứng là 38%, 53% và 9% [5]. Điểm PALBI 1, PALBI 2, PALBI 3 trong nghiên cứu của chúng tôi tương ứng là 36,6%; 38,4% và 25%. Tỷ lệ điểm PALBI 1, PALBI 2, PALBI trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Huy Toàn tương ứng là 41,5%, 29,3% và 29,3% [4]. Nghiên cứu của tác giả Chen tỷ lệ bệnh nhân PALBI 1,2,3 tương ứng là 39%, 33% và 28% [5].

Về mối liên quan giữa chỉ số ALBI, PALBI với một số yếu tố. Khi phân tích mối liên quan giữa chỉ số ALBI và PALBI với một số đặc điểm bao gồm nồng độ AFP, số lượng u, kích thước u, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm ALBI cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân UTBMTBG có nồng độ AFP > 400 ng/mL, có số lượng khối u ≥ 2 u so với nhóm có nồng độ AFP ≤ 400 ng/mL, nhóm có 1 khối u. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm ALBI theo kích thước khối u. Điểm PALBI và điểm Child Pugh không có sự khác biệt giữa các nhóm theo nồng độ AFP, số lượng khối u và kích thước khối u. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Toàn cho thấy ở nhóm bệnh nhân có nồng độ AFP > 400 ng/mL, có số lượng khối u ≥ 2 u có điểm ALBI cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có nồng độ AFP ≤ 400 ng/mL, có 1 khối u. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm ALBI theo kích thước khối u cũng như điểm PALBI và điểm Child Pugh theo nồng độ AFP, số lượng khối u và kích thước khối u [4]. Như vậy, ALBI là các công cụ đơn giản trong việc đánh giá giai đoạn, mức độ nặng của các bệnh nhân UTBMTBG có xơ gan [7].

Tác giả Mohammadi (2018) đã nghiên cứu về thang điểm ALBI trong tiên lượng bệnh nhân UTBMTBG điều trị xạ trị trên 124 bệnh nhân UTBMTBG, kết quả nghiên cứu cho thấy nếu phân loại chức năng gan dựa trên thang điểm Child Pugh có 108 bệnh nhân (87,1%) Child Pugh A có thời gian sống thêm trung bình 13,1 tháng, có 11,3% số bệnh nhân Child Pugh B có thời gian sống thêm trung bình 8,4 tháng, chỉ có

1,6% phân loại Child Pugh C có thời gian sống thêm trung bình 0,6 tháng. Ở nhóm bệnh nhân Child Pugh A. Nếu đánh giá chức năng gan theo thang điểm ALBI, kết quả cho thấy ALBI 1 chiếm tỷ lệ 40,3%, ALBI 2 chiếm tỷ lệ 57,3% và ALBI 3 chiếm tỷ lệ 2,4%. Trong số 108 bệnh nhân Child Pugh A nếu phân loại theo ALBI có 48 bệnh nhân điểm ALBI 1, có thời gian sống thêm trung bình là 20,9 tháng và 60 bệnh nhân điểm ALBI 2, thời gian sống thêm trung bình là 11,0 tháng. Như vậy, cùng Child Pugh A nếu điểm ALBI thấp hơn có thời gian sống thêm tốt hơn so với nhóm có điểm ALBI cao hơn [6]. Tác giả Wang (2020) đã nghiên cứu về chỉ số ALBI và Child-Pugh để dự báo khả năng sống thêm toàn bộ ở 173 bệnh nhân UTBMTBG, kết quả cho thấy điểm ALBI có khả năng phân biệt tốt hơn điểm Child-Pugh trong việc dự báo khả năng sống thêm [8]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đánh giá được mức độ huyết khối tĩnh mạch chủ cũng như phân tích thời gian sống thêm ở các bệnh nhân UTBMTBG có xơ gan, đây chính là những hạn chế của nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Điểm ALBI tăng dần theo nồng độ AFP huyết tương và số lượng khối u. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm ALBI với kích thước khối u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Thanh Long, Nguyễn Mạnh Khiêm** (2023), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, Tạp chí Y học Việt nam, Tập 528, số 1 (tháng 7), trang 142-146.
2. **Nguyễn Công Long, Đàm Thị Phương** (2022), Khảo sát các chỉ số Albumin-Bilirubin ở bệnh nhân xơ gan có ung thư biểu mô tế bào gan, Tạp chí Y học Việt nam, Tập 510, số 1, trang 53-56.
3. **Lê Hoài Thương, Trần Ngọc Anh, Đậu Quang Liêu** (2021), Một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tạo bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Tạp chí Nghiên cứu Y học, số 147 (11), trang 92-100.
4. **Nguyễn Huy Toàn, Trần Huy Kinh, Hồ Duy Tuấn Anh** (2022), Giá trị của phân độ ALBI, PALBI trong đánh giá chức năng gan ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan có xơ gan tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Số 5, tập 12, trang 115-120.
5. **Chen PH, Hsieh WY, Su CW, Hou MC, Wang YP, Hsin IF, et al** (2018), Combination of albumin-bilirubin grade and platelets to predict a compensated patient with hepatocellular carcinoma who does not require endoscopic screening for esophageal varices. *Gastrointest Endosc.* 88 (2): 230-239.e2.
6. **Mohammadi, H., Abuodeh, Y., Jin, W., Frakes, J., Friedman, M., Biebel, B., Hoffs, S.** (2018), Using the Albumin-Bilirubin (ALBI) grade

- as a prognostic marker for radioembolization of hepatocellular carcinoma. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, 9 (5), 840 - 840.
7. **Oikonomou T, Goulis I, Doumtsios P, Tzoumari T, Akriviadis E, Cholongitis E** (2019), ALBI and PALBI Grades Are Associated with the Outcome of Patients with Stable Decompensated Cirrhosis, *Ann Hepatol*, 18 (1): 126-136
8. **Wang Z, Fan Q, Wang M, Wang E, Li H, Liu L** (2020), Comparison between Child-Pugh Score and albumin-bilirubin grade in patients treated with the combination therapy of transarterial chemoembolization and sorafenib for hepatocellular carcinoma, *Ann Transl Med*; 8 (8): 537. doi: 10.21037/atm.2020.02.114.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ THAY KHỚP GỐI TOÀN BỘ BẰNG PHƯƠNG PHÁP TRUYỀN LIÊN TỤC THUỐC TÊ QUA CATHETER ỐNG CƠ KHÉP KẾT HỢP VỚI IPACK

Tạ Thị Ánh Ngọc^{1,2}, Trịnh Văn Đồng^{1,2}, Phạm Thị Vân Anh², Nguyễn Đức Thanh², Nguyễn Thị Hương², Trần Thanh Nhân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ thay khớp gối toàn bộ bằng phương pháp truyền liên tục thuốc tê qua ống cơ khép kết hợp IPACK so với phương pháp giảm đau ngoài màng cứng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, 60 bệnh nhân phẫu thuật thay khớp gối toàn bộ được chia thành hai nhóm bằng bốc thăm ngẫu nhiên: Nhóm NMC: Bệnh nhân được giảm đau bằng truyền thuốc tê liên tục qua catheter NMC; nhóm OI: Bệnh nhân được giảm đau bằng phong bế ống cơ khép liên tục kết hợp với IPACK. Theo dõi bệnh nhân trong vòng 48 giờ sau mổ, số liệu được mã hóa và xử lý theo các phương pháp thống kê. **Kết quả nghiên cứu:** Điểm VAS khi nghỉ ngơi và khi gấp gối 45 độ tại các thời điểm giờ thứ 3, 6, 12, 18, 24, 36, 48 của nhóm OI cao hơn có ý nghĩa so với nhóm NMC nhưng vẫn đạt VAS<4. Cả hai nhóm không có bệnh nhân nào cần sử dụng morphin giải cứu đau, 100% bệnh nhân nhóm OI hài lòng hoặc rất hài lòng so với nhóm NMC là 96.67%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Mức độ ức chế vận động của cơ tứ đầu đùi của nhóm OI thấp hơn nhóm NMC, tỷ lệ BN có điểm bromge bằng không là 96.67% cao hơn có ý nghĩa so với nhóm NMC (80%). **Kết luận:** Để giảm đau cho phẫu thuật thay khớp gối toàn bộ, phương pháp phong bế ống cơ khép liên tục kết hợp IPACK hiệu quả giảm đau không bằng phương pháp NMC nhưng vẫn đạt mục tiêu giảm đau VAS<4; tuy nhiên ức chế vận động cơ tứ đầu đùi thấp hơn nhóm NMC.

Từ khóa: thay khớp gối toàn bộ, gây tê ngoài màng cứng, phong bế ống cơ khép, IPACK.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PAIN RELIEF AFTER TOTAL KNEE

¹Trường Đại Học Y Hà Nội
²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức
 Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Văn Đồng
 Email: donghoisucvd@gmail.com
 Ngày nhận bài: 21.10.2024
 Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024
 Ngày duyệt bài: 26.12.2024

REPLACEMENT SURGERY USING CONTINUOUS ADDUCTOR CANAL BLOCKING COMBINED WITH IPACK

Objective: Evaluate the effectiveness of pain relief after total knee replacement surgery using continuous anesthetic infusion through the adductor canal combined with IPACK compared with epidural analgesia. **Method:** Randomized controlled clinical intervention study, a total of 60 knee replacement surgery patients were divided into 2 groups by random drawing: NMC group: Patients receiving pain relief with drug infusion Continuous anesthesia through NMC catheter; OI group: Patients received pain relief with continuous adductor canal block combined with IPACK. Monitoring patients within 48 hours after surgery, data are coded and processed according to statistical methods. **Results:** VAS scores at rest and when bending the knee to 45 degrees at hours 3, 6, 12, 18, 24, 36, 48 of the OI group were significantly higher than the NMC group but still achieved VAS<4. In both groups, no patient needed to use morphine for pain relief. 100% of patients in the OI group were satisfied or very satisfied compared to the NMC group at 96.67%, the difference was not statistically significant. The level of motor inhibition of the quadriceps muscle of the OI group was lower than that of the NMC group, the proportion of patients with a bromge score of zero was 96.67%, significantly higher than that of the NMC group (80%). **Conclusion:** To reduce pain after total knee replacement surgery, continuous adductor canal block combined with IPACK is not as effective in reducing pain as the NMC method but still achieves the pain reduction goal of VAS<4; However, quadriceps motor inhibition was lower than in the NMC group.

Keywords: Total knee replacement surgery, epidural anesthesia, adductor canal block, IPACK.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay khớp gối toàn bộ (TKGTB) thường được thực hiện ở những người bệnh thoái hóa khớp gối giai đoạn cuối nhằm giảm tình trạng đau khớp gối mạn tính, giúp tăng khả năng vận động đi lại từ đó cải thiện chất lượng