

MULTIDETECTOR COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING FEATURES AND OVERALL SURVIVAL OF PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA TREATED AT K HOSPITAL

Doan Xuan Sinh¹, Le Hong Manh¹, Vu Thi Hanh¹, Tran Thi Linh Chi¹, Pham Thi Thuy Nhung¹, Nguyen Trung Thanh¹,
Nguyen Duc Hanh², Bui Van Giang³

¹Vinmec Hai Phong International General Hospital - Bui Vien Street, An Bien Ward, Hai Phong City, Vietnam

²Ministry Office, Ministry of Health - 138A Giang Vo Street, Ba Dinh Ward, Hanoi City, Vietnam

³K Hospital - 43 Quan Su Street, Cua Nam Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 04/03/2026

Revised: 24/03/2026; Accepted: 24/04/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and laboratory characteristics, multi-detector computed tomography (MDCT) features, and overall survival of patients with hepatocellular carcinoma (HCC) treated at K Hospital.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive study with longitudinal follow-up was conducted on 307 patients diagnosed with hepatocellular carcinoma at K Hospital from January 2020 to December 2020 (with follow-up until August 2022).

Results: The majority of patients were in the 41-60 age group (51.8%), male (88.6%), with a normal performance status (91.9%), and a background of chronic hepatitis B infection (81.4%). Regarding tumor characteristics, the mass-forming type accounted for 99.3%, with 67.1% located in the right lobe; most were solitary tumors (56.7%), and 44.3% had a size ranging from 3-7 cm. On MDCT, 74.6% showed decreased attenuation pre-contrast, and 89.3% exhibited typical post-contrast enhancement. Regarding disease staging, most patients were at the intermediate stage (BCLC B) at 61.6%, followed by BCLC A (17.9%), while only 8 cases were at the terminal stage (BCLC D). The mortality rate was 53.7% (165/307). The highest overall survival was observed in the group with tumor size ≤ 3 cm (mean 28.66 months) and the solitary tumor group (mean 23.21 months). The mean survival time for BCLC stage A was approximately 30 months, stage B was 20 months, while stage D was only 5.6 months ($p < 0.05$).

Conclusion: Although newly diagnosed, most patients with hepatocellular carcinoma were already in the intermediate to advanced stages, resulting in low survival rates.

Keywords: Computed tomography, survival time, hepatocellular carcinoma (HCC).

*Corresponding author

Email: v.sinhdx2@vinmec.com Phone: (+84) 912498943 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4947

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY VÀ THỜI GIAN SỐNG THÊM CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN K

Đoàn Xuân Sinh¹, Lê Hồng Mạnh¹, Vũ Thị Hạnh¹, Trần Thị Linh Chi¹, Phạm Thị Thùy Nhung¹, Nguyễn Trung Thành¹, Nguyễn Đức Hạnh², Bùi Văn Giang³

¹Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Hải phòng - Đường Bùi Viện, Phường An Biên, Thành phố Hải Phòng, Việt Nam

²Văn phòng Bộ, Bộ Y tế - 138A Giảng Võ, phường Ba Đình, thành phố Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện K - Số 43 Quán Sứ, Phường Cửa Nam, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 24/03/2026; Ngày duyệt đăng: 24/04/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, chụp cắt lớp vi tính đa dây và thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị tại Bệnh viện K

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc 307 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện K trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2020 (theo dõi đến tháng 8/2022).

Kết quả: Đa số người bệnh nằm trong nhóm 41-60 tuổi với 51,8%, giới nam 88,6%, chỉ số thể trạng bình thường 91,9% và trên bệnh nền nhiễm viêm gan virus B mạn tính 81,4%. Khối u gan chủ yếu gặp thể khối 99,3%, vị trí u ở thùy phải 67,1%, đa số là đơn độc 56,7%, kích thước trong khoảng 3-7 cm với 44,3%, tỉ trọng trước tiêm giảm 74,6% và sau tiêm ngấm thuốc điển hình 89,3%. Về giai đoạn bệnh, hầu hết ở giai đoạn trung gian BCLC B với 61,6%, tiếp theo là giai đoạn BCLC A với 17,9%, chỉ có 8 trường hợp ở giai đoạn muộn BCLC D. Tỉ lệ tử vong là 53,7% (165/307). Thời gian sống thêm toàn bộ cao nhất ở nhóm có kích thước u ≤ 3 cm với trung bình 28,66 tháng, nhóm có 1 u với trung bình 23,21 tháng. Thời gian sống thêm trung bình của nhóm bệnh nhân ở giai đoạn BCLC A là khoảng 30 tháng, giai đoạn trung gian B là 20 tháng, trong khi giai đoạn muộn D chỉ còn 5,6 tháng ($p < 0,05$).

Kết luận: Người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan mới được chẩn đoán nhưng đa số đã ở giai đoạn trung gian tiến triển với thời gian sống thêm thấp.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính, thời gian sống thêm, ung thư biểu mô tế bào gan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một ung thư gan nguyên phát hay gặp, chiếm khoảng 85-90% các loại ung thư gan nguyên phát.^{1,2} Theo dữ liệu GLOBOCAN 2022 thì UTBMTBG đứng hàng thứ 6 trên toàn thế giới về số ca mắc mới và đứng thứ 3 về nguyên nhân gây tử vong do ung thư.² Tỷ lệ mắc bệnh phân bố không đồng đều trên thế giới với trên 70% trường hợp tập trung ở khu vực Đông Á, Đông Nam Á, và châu Phi, có mối liên quan chặt chẽ đến tỉ lệ nhiễm virus viêm gan B mạn tính.² Việt Nam là một trong những nước có tỉ lệ mắc viêm gan B mạn tính và ung thư biểu mô tế bào gan cao. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, dẫn đến kết quả điều trị còn hạn chế. Hiện nay, với sự phát triển của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, chụp cắt lớp vi tính ngày càng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán sớm bệnh với các đặc tính huyết động điển hình của khối u như ngấm thuốc mạnh thì động mạch và thải thuốc thì tĩnh mạch hoặc thì muộn.^{3,4} Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và can thiệp như vậy,

thời gian sống thêm của bệnh nhân vẫn còn rất hạn chế. Báo cáo của Mauro và cộng sự (2025) cho thấy, tỉ lệ sống thêm 5 năm chỉ ở mức 30% và có mối liên quan chặt chẽ với các yếu tố tiên lượng như giai đoạn bệnh theo phân loại BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer), chức năng gan (Child-Pugh), nồng độ Alpha-fetoprotein (AFP), kích thước khối u và sự hiện diện của huyết khối tĩnh mạch cửa.^{2,5,6} Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, chụp cắt lớp vi tính đa dây và thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị tại Bệnh viện K.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 307 bệnh nhân khám và điều trị ban đầu tại Bệnh viện K Tân Triều thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 12 năm 2020.

*Tác giả liên hệ

Email: v.sinhdx2@vinmec.com Điện thoại: (+84) 912498943 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4947

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế (2020) khi có một trong ba tiêu chuẩn: (1) Có bằng chứng giải phẫu bệnh; (2) Hình ảnh điển hình trên chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang và AFP > 400ng/ml; (3) Hình ảnh điển hình trên chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang và AFP tăng cao hơn bình thường (từ 20 - 400ng/ml) + nhiễm HBVhoặchCV.
- Bệnh nhân mới được chẩn đoán
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được điều trị ở các cơ sở y tế khác từ trước đó, sau chuyển đến Bệnh viện K Tân triều điều trị tiếp
- Bệnh nhân không theo dõi được trong quá trình nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả hồi cứu, có theo dõi dọc đến hết thời gian nghiên cứu hoặc đến khi bệnh nhân tử vong.

2.2.2. **Cỡ mẫu:** Cách chọn mẫu thuận tiện, bao gồm 307 người ung thư biểu mô tế bào gan.

2.2.3. **Các bước tiến hành nghiên cứu**

- Lập danh sách bệnh nhân mới được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan theo tiêu chuẩn trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2020.
- Hồi cứu hồ sơ bệnh án: Thu thập dữ liệu khám lâm sàng qua bệnh án, thu thập dữ liệu xét nghiệm cận lâm sàng
- Tính đến thời điểm chốt số liệu nghiên cứu tháng 8/2022, thông tin bệnh nhân sẽ được thu thập thêm qua phỏng vấn bằng điện thoại 1 tháng/lần cho đến khi bệnh nhân tử vong hoặc hết thời gian nghiên cứu.
- Thu thập số liệu, xử lý và phân tích số liệu.

2.2.4. **Các biến số chỉ số nghiên cứu**

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, hoạt động bệnh nhân theo chỉ số ECOG, các yếu tố nguy cơ
- Chỉ tiêu về xét nghiệm: Albumin máu, chỉ số prothrombin máu, chỉ số men gan, chỉ số bilirubin toàn phần, chỉ số xét nghiệm AFP (n=304).
- Chỉ tiêu về chẩn đoán hình ảnh: Thu thập dữ liệu hình ảnh khối u gan, tình trạng xơ gan, dịch cổ trướng, huyết khối tĩnh mạch cửa, di căn qua hình ảnh chụp CLVT đa dây gan mật 3 thì lưu trên hệ thống PACS để đánh giá: Số lượng khối u, vị trí khối u, kích thước từng khối u, mức độ tăng sinh mạch, xâm lấn và huyết khối tĩnh mạch cửa. Các máy chụp CLVT đa dây của Bệnh viện bao gồm: hệ thống máy Revolution HD (GE), hệ thống chụp CLVT đa dây ccess CT.
- Mức độ xơ gan: Không xơ gan, xơ gan còn bù, xơ gan mất bù. Đặc điểm xơ gan: Biến đổi hình thái gan (Bờ không đều/ phì đại HPT I/ teo nhỏ gan phải), Lách to, Dịch ổ bụng.
- Phân loại giai đoạn bệnh theo Barcelona (BCLC): Giai đoạn 0 (Rất sớm); Giai đoạn A (Sớm); Giai đoạn B (Trung gian); Giai đoạn C (Tiến triển); Giai đoạn D (Muộn).
- Thời gian sống thêm sau điều trị: Phân tích thời gian sống thêm toàn bộ của các dưới nhóm theo các yếu tố tiên

lượng và giai đoạn bệnh, lựa chọn phương pháp điều trị, tình trạng đáp ứng sớm khối u gan và AFP huyết thanh. Đánh giá tỉ lệ tử vong và nguyên nhân tử vong: Các trường hợp tử vong sớm trong tháng đầu tiên sau điều trị được tính vào tỉ lệ tử vong và biến chứng của kỹ thuật. Các trường hợp tử vong khác được đưa vào phân tích sống còn.Nhận định nguyên nhân tử vong.

2.3. Xử lý và phân tích dữ liệu

Số liệu thống kê được xử lý trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 16.0. Thời gian sống và tỉ lệ sống ở từng thời điểm được tính theo phương pháp thiết lập đường cong sống của Kaplan - Meier.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, không nhằm bất kỳ mục đích nào khác. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng của Trường Đại học Y Hà Nội.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=307)

Đặc điểm		n	%
Nhóm tuổi	≤ 20	1	0,3
	21 - 40	27	8,8
	41 - 60	159	51,8
	61 -80	119	38,8
	> 80	1	0,3
Giới	Nam	272	88,6
	Nữ	35	11,4
Chỉ số thể trạng của bệnh nhân	0 điểm	282	91,9
	1 điểm	23	7,5
	≥ 2 điểm	2	0,7
Các yếu tố nguy cơ	Viêm gan Virus B đơn thuần	250	81,4
	Viêm gan Virus C đơn thuần	9	2,9
	Đồng nhiễm viêm gan Virus B và C	2	0,7
	Không viêm gan Virus	46	15

Nhận xét: Đa số người bệnh nằm trong nhóm 41-60 tuổi với 51,8%, giới nam 88,6%, chỉ số thể trạng bình thường 91,9% và trên bệnh nền nhiễm viêm gan virus B mạn tính 81,4%.

Bảng 2. Đặc điểm xét nghiệm của đối tượng nghiên cứu (n=307)

Đặc điểm		n	%
Chỉ số albumin máu	Giảm nhiều (< 28g/l)	10	3,3
	Giảm nhẹ (28-35g/l)	60	19,5
	Bình thường (≥ 35g/l)	237	77,2
Chỉ số prothrombin máu	Dưới 45%	1	0,3
	Từ 45-64%	8	2,6
	Trên 64%	298	97,1

Đặc điểm		n	%
Chỉ số men gan	Không tăng	48	15,6
	Tăng nhẹ và vừa	227	73,9
	Tăng cao	32	10,4
Chỉ số bilirubin toàn phần	Dưới 34 μ mol/L	268	87,3
	Từ 34-51 μ mol/L	23	7,5
	Trên 51 μ mol/L	16	5,2
Chỉ số xét nghiệm AFP (n=304)	Dưới 20ng/ml	96	31,6
	Từ 20-400ng/ml	88	28,9
	Trên 400ng/ml	120	39,5

Nhận xét: Người bệnh chủ yếu có chỉ số albumin bình thường 77,2%, men gan tăng 84,3%, bilirubin toàn phần bình thường <34 μ mol/L 87,3% và có tăng AFP trên 400 ng/ml với 39,5%.

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh của khối u gan (n=307)

Đặc điểm		n	%
Thể u gan	Thể khối	305	99,3
	Thể thâm nhiễm	2	0,7
Vị trí u	Thùy phải	206	67,1
	Thùy trái	39	12,7
	Cả hai thùy	62	20,2
Số u	1 u	173	56,7
	2-3 u	101	33,1
	≥ 4 u	33	10,2
Kích thước u	≤ 3 (cm)	60	19,7
	>3 và ≤ 7 (cm)	135	44,3
	>7 và ≤ 10 (cm)	60	19,7
	> 10 (cm)	50	6,4
Tỷ trọng trước tiêm	Giảm	229	74,6
	Đồng	18	5,9
	Hỗn hợp	60	19,5
Tính chất ngấm thuốc	Điển hình	274	89,3
	Không điển hình	33	10,7

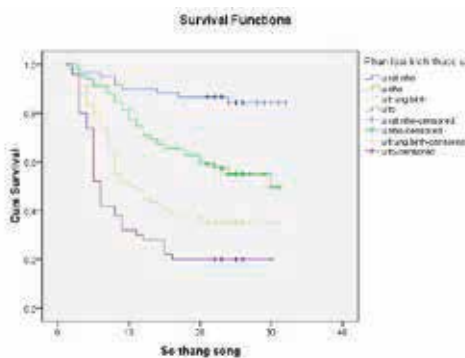
Nhận xét: Khối u gan chủ yếu gặp thể khối 99,3%, vị trí ở thùy phải 67,1%, đa số là đơn độc 56,7%, kích thước trong khoảng 3-7 cm với 44,3%, tỉ trọng trước tiêm giảm 74,6% và sau tiêm ngấm thuốc điển hình 89,3%.

Bảng 4. Đặc điểm xơ gan, và giai đoạn bệnh theo BCLC của bệnh nhân (n=307)

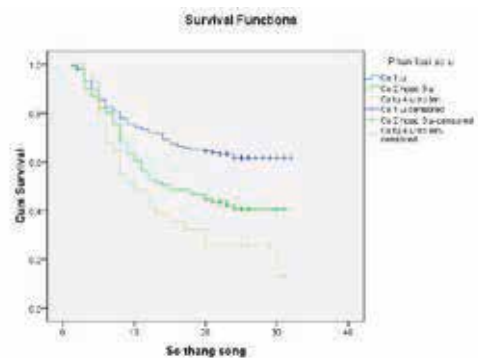
Đặc điểm		n	%
Mức độ xơ gan	Không xơ gan	66	21,5
	Xơ gan còn bù	228	74,3
	Xơ gan mất bù	13	4,2
Đặc điểm xơ gan	Biến đổi hình thái gan (Bờ không đều/ phì đại HPT I/ teo nhỏ gan phải)	241	78,5
	Lách to	40	13
	Dịch ổ bụng	32	10,4
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn 0 (Rất sớm)	9	2,9
	Giai đoạn A (Sớm)	55	17,9
	Giai đoạn B (Trung gian)	189	61,6
	Giai đoạn C (Tiến triển)	46	15
	Giai đoạn D (Muộn)	8	2,6

Nhận xét: Người bệnh đa số đã có nền xơ gan với 78,5%, chỉ có 10,4% có dịch ổ bụng. Về giai đoạn bệnh, hầu hết ở giai đoạn trung gian BCLC B với 61,6%, tiếp theo là giai đoạn BCLC A với 17,9%, chỉ có 8 trường hợp ở giai đoạn muộn BCLC D.

Trong 307 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 90 người được phẫu thuật (29,3%), 10 người được đốt sóng cao tần RFA (3,3%), 129 người được nút mạch TACE (42,0%), 34 người được điều trị đích (11,1%) và 44 người được điều trị phối hợp (14,3%). Trong thời gian theo dõi trung bình 21 tháng, có 165 bệnh nhân tử vong trong tổng số 307 bệnh nhân, tương ứng 53,7%.



Thời gian sống thêm toàn bộ theo kích thước u
 ≤ 3 cm: 28,66 \pm 1,07 tháng
 ≤ 7 cm: 22,21 \pm 0,91 tháng
 ≤ 10 cm: 16,03 \pm 1,49 tháng
 > 10 cm: 11,04 \pm 1,42 tháng
p<0,05

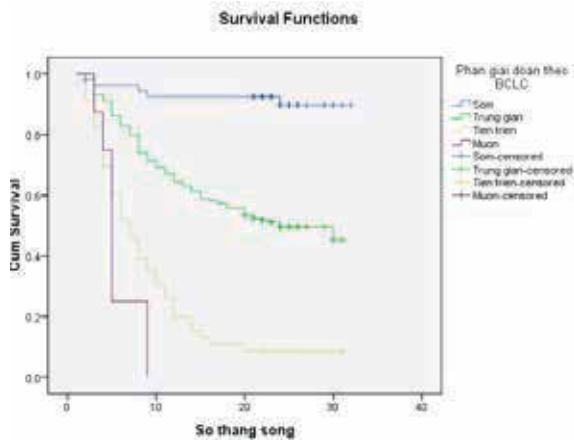


Thời gian sống thêm toàn bộ theo số lượng u
 1 u: 23,21 \pm 0,9 tháng
 2-3 u: 18,13 \pm 1,15 tháng
 ≥ 4 u: 14,61 \pm 1,85 tháng
p<0,05

Biểu đồ 1. Đường cong Kaplan–Meier mô tả thời gian sống thêm toàn bộ theo kích thước u và số lượng khối u

Nhận xét: Có sự khác biệt về thời gian sống thêm toàn bộ giữa các nhóm kích thước u và số lượng u. Thời gian sống thêm toàn bộ cao nhất ở nhóm có kích thước u ≤ 3 cm với

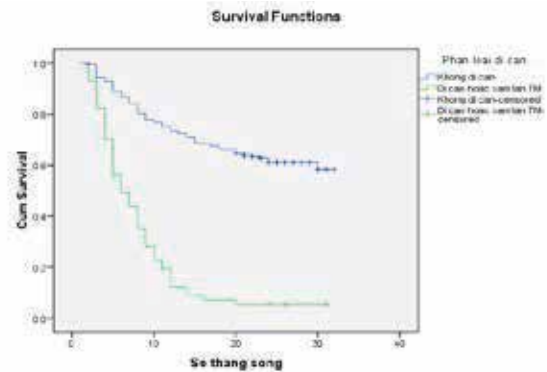
trung bình 28,66 tháng, nhóm có 1 u với trung bình 23,21 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ giảm dần theo mức độ tăng kích thước u, và số lượng u.



Thời gian sống thêm toàn bộ theo phân loại BCLC

BCLC A (sớm): 29,82 ± 0,96 (tháng)
 BCLC B (trung gian): 20,4 ± 0,82 (tháng)
 BCLC C (tiến triển): 9,37 ± 1,16 (tháng)
 BCLC D (muộn): 5,63 ± 0,78 (tháng)

p<0,05



Thời gian sống thêm toàn bộ theo mức độ di căn và xâm lấn khối u

Không xâm lấn hoặc di căn: 23,49 ± 0,72 (tháng)
 Xâm lấn Tĩnh mạch hoặc di căn: 8,26 ± 0,87 (tháng)
 Trung bình: 20,67 ± 0,69 (tháng)

p<0,05

Biểu đồ 2. Đường cong Kaplan–Meier mô tả thời gian sống thêm toàn bộ theo phân loại BCLC, mức độ di căn và xâm lấn khối u

Nhận xét: Đối với phân loại BCLC, có 9 bệnh nhân ở giai đoạn rất sớm không đủ dữ liệu để đánh giá, Thời gian sống thêm trung bình của nhóm bệnh nhân ở giai đoạn BCLC A là khoảng 30 tháng, giai đoạn trung gian B là 20 tháng, trong khi giai đoạn muộn D chỉ còn 5,6 tháng. So sánh về mức độ di căn và xâm lấn, thời gian sống thêm ở nhóm không xâm lấn hoặc di căn là 23,49 tháng, cao hơn nhóm còn lại, 8,26 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm hình ảnh của khối u gan

Bảng 3.3 cho thấy, khối u gan chủ yếu gặp thể khối 99,3%, vị trí u ở thùy phải 67,1%, đa số là đơn độc 56,7%, kích thước trong khoảng 3-7 cm với 44,3%, tỉ trọng trước tiêm giảm 74,6% và sau tiêm ngấm thuốc điển hình 89,3%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Trần Thoại Uyên (2023), đa số ở gan phải chiếm tỉ lệ 58,6%.⁶ Theo Nguyễn Văn Nam (2023), người bệnh cũng chủ yếu gặp ở gan phải 52,9%, 73,5% là u đơn độc, và có 85,3% có u >5cm. Tác giả cũng ghi nhận, đặc điểm thái thuốc có độ đặc hiệu cao chiếm tỉ lệ 76,5%-80%.⁴ Nghiên cứu của Hoàng Văn Hưng (2023) cũng phát hiện 68,6% u trên 5cm, và có tới 91,4% u ngấm thuốc thì động mạch và 91,4% thái thuốc thì muộn.³ Tỉ lệ kích thước khối u của chúng tôi chiếm ưu thế ở nhóm 3-7cm cao hơn so với Lavarone và cộng sự (2025), với trung vị kích thước khối u chỉ là 2,5cm.⁵ Nhóm nghiên cứu cho rằng, bệnh nhân phương Tây nhờ có chương trình tầm soát chặt chẽ, nên có thể phát hiện được bệnh ở giai đoạn sớm hơn. Bệnh nhân Việt Nam đa phần đến bệnh viện khi đã ở giai đoạn muộn, khối u đã xâm lấn và di căn.

4.2. Về giai đoạn bệnh

Phân loại BCLC (2022) mang đến nhiều thay đổi hơn so với phiên bản năm 2018, chuyển dịch sang hướng cá thể hóa điều trị dựa trên quyết định lâm sàng.^{5,7} Theo bảng 3.4, hầu hết ở giai đoạn trung gian BCLC B với 61,6%, tiếp theo là giai đoạn BCLC A với 17,9%, chỉ có 8 trường hợp ở

giai đoạn muộn BCLC D. Kết quả này có sự khác biệt với các nghiên cứu của Lavarone (2025) với 70% BCLC (0/A), chỉ có 16% BCLC B, nhưng tương đồng với các nghiên cứu khác trong cùng khu vực như Trần Thoại Uyên (2022) với 44,4% BCLC B, Ho (2025) tại Hồng Kông với 53,6% ở giai đoạn trung gian, tiến triển.^{5,6,8} Nhóm nghiên cứu cho rằng, khác với các nước phương Tây (ưu thế BCLC A/0), bệnh nhân Việt Nam thường được phát hiện muộn do chưa có thói quen kiểm tra sức khỏe định kỳ. Hơn nữa, Bệnh viện K là tuyến cuối tiếp nhận các ca bệnh khó, phức tạp, đa ổ (điển hình của BCLC B) cần các can thiệp chuyên sâu (TACE, phẫu thuật mở rộng), dẫn đến tỷ lệ giai đoạn trung gian cao hơn hẳn so với giai đoạn sớm hoặc giai đoạn cuối.

4.3. Về thời gian sống thêm toàn bộ

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không bàn luận về một phương pháp điều trị cụ thể mà đánh giá một cách tổng thể thông qua so sánh hai nhóm có điều trị và không điều trị. Kết quả của chúng tôi tương đồng với Trần Thoại Uyên (2022), Yılma (2024), Lavarone (2025).^{5,6,9} Theo Trần Thoại Uyên (2022), nhóm kích thước u > 5cm có nguy cơ tử vong cao gấp 2,1 lần so với nhóm ≤ 5cm ($p<0,01$). Đồng thời, nhóm có nhiều hơn 3 u có nguy cơ tử vong cao gấp 2 lần so với nhóm 1 u ($p=0,03$). Nghiên cứu của Yılma (2024) trên 3 441 bệnh nhân cũng chỉ ra rằng giai đoạn bệnh tiến triển (BCLC C/D) làm tăng nguy cơ tử vong gấp 2,4 lần so với giai đoạn sớm. Theo Lavarone (2025), tỷ lệ sống còn 2 năm của nhóm BCLC 0/A (u nhỏ/ít) đạt 83-90%, trong khi nhóm BCLC B (đa ổ) sụt giảm mạnh. Như vậy, tương tự như các nghiên cứu, có mối tương quan nghịch biến rõ rệt giữa gánh nặng khối u (kích thước, số lượng) và thời gian sống thêm. Tuy nhiên, thời gian sống thêm trung bình của nhóm tốt nhất trong nghiên cứu (u ≤ 3cm: 28,66 tháng) vẫn thấp hơn so với y văn thế giới (>60 tháng). Điều này phản ánh thực tế là bệnh nhân tại Việt Nam thường được phát hiện khi bệnh đã tiến triển, hoặc có thể do hạn chế trong việc tiếp cận các phương pháp điều trị triệt căn tối ưu (như ghép gan) so với các trung tâm lớn trên thế giới.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu chọn mẫu thuận tiện tại một trung tâm chuyên khoa ung thư duy nhất nhưng dữ liệu của bệnh nhân được lấy hồi cứu, sau đó theo dõi dọc trong 2 năm bằng điện thoại để theo dõi sống còn của người bệnh, cho nên có thể gặp sai lệch thông tin, sai số nhớ lại. Hơn nữa, nghiên cứu không theo dõi theo 1 phác đồ điều trị cụ thể mà lựa chọn tất cả các phác đồ, vì vậy chưa đánh giá thời gian sống thêm có thể sai lệch. Ngoài ra, nghiên cứu cũng chưa phân tích được đa biến để tìm hiểu yếu tố nào có liên quan đến kết cục của người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan mới được chẩn đoán nhưng đa số đã ở giai đoạn trung gian tiến triển với thời gian sống thêm thấp.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Murillo PC, Lynch-Mejía MF, Quesada WR, et al. (2025). Real-world BCLC adherence and survival in hepatocellular carcinoma: first prospective study from Central America. *Ann Hepatol*, 31(1), 102154.
- [2] Mauro E, de Castro T, Zeitlhofer M, et al. (2025). Hepatocellular carcinoma: Epidemiology, diagnosis and treatment. *JHEP Rep*, 7(12), 101571.
- [3] Hoàng Văn Hưng, Lập NQ (2023). Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát trên cắt lớp vi tính và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 527(6), 233-238.
- [4] Nguyễn Văn Nam, Nguyễn Phước Bảo Quân, Huỳnh Minh Phú (2023). Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của hình ảnh cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ năm 2021-2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 63.
- [5] Lavarone M, Alimenti E, Canova L, et al. (2025). The impact of BCLC recommendations on survival for patients with hepatocellular carcinoma. *Hepatol Commun*, 9(8).
- [6] Trần Thoại Uyên, Võ Hồng Minh Công, Trần Thị Thu Cúc, Nguyễn Ngọc Tường Vy, Nguyễn Thị Huyền Trâm (2022). Các yếu tố ảnh hưởng đến sống còn 5 năm trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. *Tạp chí Y Dược học Phạm Ngọc Thạch*, 1(2), 220-227.
- [7] Liapis I, Ziogas IA, Theocharopoulos C, et al. (2025). Re-evaluating surgical strategies in Barcelona Clinic Liver Cancer-B hepatocellular carcinoma. *World J Hepatol*, 17(9), 108970.
- [8] Ho KKY, Chiang CL, Wong T, et al. (2025). Survival impact of conversion therapy for Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) stage B and C hepatocellular carcinoma-a propensity score matching analysis. *Hepatobiliary Surg Nutr*, 14(6), 1063-1077.
- [9] Yilma M, Houhong Xu R, Saxena V, et al. (2024). Survival Outcomes Among Patients With Hepatocellular Carcinoma in a Large Integrated US Health System. *JAMA Netw Open*, 7(9), e2435066.

