

Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn tiến triển có huyết khối tĩnh mạch cửa

Study on clinical and laboratory features of advanced hepatocellular carcinoma in patients with vein thrombosis

Trịnh Xuân Hùng, Mai Hồng Bằng, Trịnh Tuấn Dũng,
Nguyễn Tiến Thịnh, Vũ Văn Khiên, Dương Minh Thắng,
Nguyễn Thị Thanh Thủy, Đinh Thị Ngà

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn tiến triển có huyết khối tĩnh mạch cửa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, gồm 101 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn tiến triển có huyết khối tĩnh mạch cửa được khám, điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 8/2012 đến tháng 12/2017. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $54,2 \pm 11,7$ tuổi, tỷ lệ nam / nữ = 13,4 / 1. Viêm gan B chiếm tỷ lệ 85,1%, nghiện rượu 44,6%. Triệu chứng lâm sàng đau hạ sườn phải (94,1%), chán ăn (77,2%), mệt mỏi (84,2%), sút cân (65,3%) và gan to (43,6%). Có 84,2% bệnh nhân có nồng độ AFP tăng cao. Phần lớn u gan ở thùy phải (68,9%), kích thước trung bình u gan là $10,89 \pm 3,7$ cm, trong đó u gan > 10cm chiếm tới 57,4%. **Kết luận:** Ung thư biểu mô tế bào gan khi đã có biểu hiện triệu chứng lâm sàng thường là giai đoạn muộn, tiến triển nhanh, biểu hiện triệu chứng nặng nề, khối u kích thước lớn, nghiên cứu của chúng tôi ở bệnh nhân giai đoạn tiến triển cho kết quả tương xứng.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, huyết khối tĩnh mạch cửa.

Summary

Objective: To investigate clinical and laboratory features of hepatocellular carcinoma (HCC) with portal vein thrombosis. **Subject and method:** 101 HCC patients with portal vein (PV) thrombosis were enrolled in this descriptive, cross-sectional study. **Result:** The age average of subjects is 54.2 ± 11.7 and the male/female ratio is 13.4/1. 85.1% of patients are HBV-positive while 44.6% of them are alcoholic. Common clinical findings include right upper quadrant discomfort (94.1%), fatigue (84.2%), anorexia (77.2%), weight loss (65.3%) and hepatomegaly (43.6%). AFP is highly elevated in 84.2% of patients. The majority of tumor is located on the right lobe, the mean size of tumor is 10.89 ± 3.7 cm and 57.4% of patients have tumor larger than 10cm. **Conclusion:** Symptomatic liver tumor are usually found on late stages with severe symptoms and large sizes.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, portal vein thrombosis.

Ngày nhận bài: 28/5/2018, ngày chấp nhận đăng: 10/6/2018

Người phản hồi: Trịnh Xuân Hùng, Email: trinxuanhung108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Huyết khối tĩnh mạch cửa (TMC) có thể xảy ra ở nhiều bệnh lý khác nhau mà thường gặp nhất là ung thư gan trên nền xơ gan. Huyết khối TMC ở bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tế bào gan (UBTG) gặp từ 30% đến 62,2% các trường hợp tại thời điểm chẩn đoán và là dấu hiệu cho thấy tổn thương ung thư gan nguyên phát ở giai đoạn muộn, có tiên lượng kém và nguy cơ chảy máu do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản, suy gan (đặc biệt là huyết khối thân chính TMC) [10].

Một nghiên cứu hồi cứu trên 336 bệnh nhân UBTG ở Thái Lan, tỷ lệ huyết khối TMC là 50%. Một nghiên cứu khác ở Mỹ trên 194 bệnh nhân (BN), tỷ lệ này là 31% (60 BN). Huyết khối TMC ở bệnh nhân UBTG có liên quan với tiên lượng rất xấu, thời gian sống thêm trung bình của các bệnh nhân UBTG có huyết khối TMC nếu không được điều trị chỉ từ 2,7 - 4,0 tháng [1]. Xâm lấn TMC có liên quan đến tình trạng di căn trong gan và tái phát sau điều trị, đây cũng là chống chỉ định cho phẫu thuật cắt gan cũng như ghép gan. Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, chưa có công trình nào nghiên cứu một cách có hệ thống về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân UBTG giai đoạn tiến triển. Do vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích: *Tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân UBTG có huyết khối TMC.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 101 BN được chẩn đoán xác định UBTG, có huyết khối TMC, điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 8/2012 đến tháng 12/2017.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Chẩn đoán xác định UBTG (theo Hướng dẫn Bộ Y tế Việt Nam 2012) [2].

Phát hiện huyết khối TMC trên siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và/hoặc sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ

Có rối loạn đông máu và bệnh nặng kết hợp.

BN UBTG giai đoạn cuối.

Các BN có cổ trướng.

Suy hô hấp, tuần hoàn.

Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

2.2. Thiết kế

Nghiên cứu tiến cứu kết hợp mô tả cắt ngang.

2.3. Phương tiện

Máy siêu âm màu Logiq S7 Expert, máy chụp cắt lớp vi tính.

Súng sinh thiết Fast gun và bộ kim sinh thiết đi kèm.

Dung dịch cố định bệnh phẩm (formol 10%).

2.4. Các bước tiến hành

Khám lâm sàng

Khai thác tiền sử: Tiền sử nhiễm và điều trị bệnh viêm gan B, C; tiền sử uống rượu, dùng thuốc nhiễm độc, khai thác tuổi.

Triệu chứng cơ năng: Đau hạ sườn phải, mệt mỏi, rối loạn tiêu hóa, sốt, sút cân, tình trạng chảy máu, ý thức...

Triệu chứng thực thể: Tình trạng da, niêm mạc, sao mạch, bàn tay son, phù, cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ, gan lách to...

Đánh giá tổng trạng bệnh nhân theo chỉ số ECOG.

Cận lâm sàng: Xét nghiệm thường quy và kiểm tra mở rộng:

Xét nghiệm máu

Công thức máu ngoại vi, tỷ lệ prothrombin (%).

Ure, creatinin, glucose.

AST, ALT, GGT, bilirubin toàn phần.

Protein toàn phần, albumin.

HBsAg, anti - HCV, HIV.

Định lượng AFP, CEA huyết thanh bằng phương pháp ELISA.

Siêu âm ổ bụng: Siêu âm màu Logiq S7 Expert của hãng GE Healthcare (Hoa Kỳ). Cần xác định: Đặc điểm u gan (số lượng, kích thước,

tính chất âm, tăng sinh mạch), xâm lấn trong gan (vệ tinh, huyết khối tĩnh mạch cửa, mức độ huyết khối), di căn ngoài gan (hạch ổ bụng, tổn thương các cơ quan lân cận), tình trạng nhu mô gan lành (kích thước, bờ viền, đặc điểm nhu mô), đường kính tĩnh mạch cửa, dịch cổ trướng...

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng: Chụp gan 3 thì đánh giá hình ảnh u gan (tăng sinh

mạch pha sớm thì động mạch, thải trừ thuốc nhanh pha tĩnh mạch và xác định số khối u, kích thước, vị trí), tình trạng mạch máu hệ tĩnh mạch trong gan, shunt động - tĩnh mạch gan, xâm lấn, di căn.

2.5. Xử lý số liệu

Bằng phần mềm SPSS 22.0 với các thuật toán phù hợp.

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới đối tượng

Đặc điểm tuổi, giới		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	≤ 40	8	7,9
	41 - 60	65	64,4
	≥ 60	28	27,7
Tuổi trung bình	54,5 ± 11,9		
Giới	Nam	94	93,1
	Nữ	7	6,9
Yếu tố nguy cơ	Viêm gan B	86	85,1
	Viêm gan C	2	2,0
	Rượu	45	44,6
Tổng trạng ECOG	0	15	14,9
	1	76	75,2
	2	10	9,9
Tổng		101	100,0

Nhận xét: Tuổi trung bình của 101 bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 54,5 ± 11,9. Nam 93,1%, nữ 6,9%. Viêm gan B chiếm 85,1%.

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Đau hạ sườn phải	95	94,1
Mệt mỏi	85	84,2
Chán ăn	78	77,2
Sút cân	66	65,3
Rối loạn tiêu hóa	19	18,8
Sốt	14	13,9

--	--	--

Nhận xét: Phần lớn số trường hợp có triệu chứng lâm sàng là đau hạ sườn phải (94,1%), mệt mỏi (84,2%), chán ăn (77,2%), sút cân (65,3%), gan to (43,6%).

Bảng 3. Triệu chứng thực thể của bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Gan to	44	43,6
Lách to	12	11,9
Tuần hoàn bàng hệ	6	5,9
Sao mạch	30	29,7
Bàn tay son	24	23,8

Nhận xét: Triệu chứng thực thể thường gặp là gan to 43,6%.

Bảng 4. Một số xét nghiệm cận lâm sàng của bệnh nhân

Xét nghiệm	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung bình $\pm$ SD
Hồng cầu (T/l)	3,51	7,33	4,6 $\pm$ 0,7
Bạch cầu (G/l)	2,9	15,9	7,7 $\pm$ 2,5
Tiểu cầu (G/l)	50	628	207 $\pm$ 100
Prothrombin %	56	123	85,5 $\pm$ 13,3
Glucose (mmol/l)	3,1	16,9	5,8 $\pm$ 1,8
GOT (UI/L)	25	461	103 $\pm$ 76,8
GPT (UI/L)	14	195	57 $\pm$ 31,2
GGT (UI/L)	18,4	1349,0	326,1 $\pm$ 285,5
Bil-TP (mol/l)	6,4	153,5	22,3 $\pm$ 18,8
Protein (G/l)	65	100,9	79,5 $\pm$ 6,9
Albumin (G/l)	26,6	48,0	38,5 $\pm$ 4,3

Nhận xét: Giá trị trung bình của các chỉ số xét nghiệm nằm trong giới hạn bình thường. Các chỉ số transaminase tăng, đặc biệt GGT 326,1 $\pm$ 285,5 (UI/L).

Bảng 5. Xét nghiệm nồng độ AFP huyết thanh

Phân nhóm AFP	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bình thường ($\leq$ 25IU/ml)	16	15,8
26 - 200 (IU/ml)	22	21,8

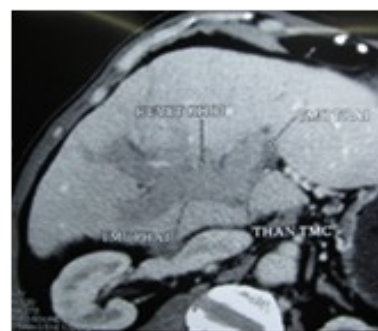
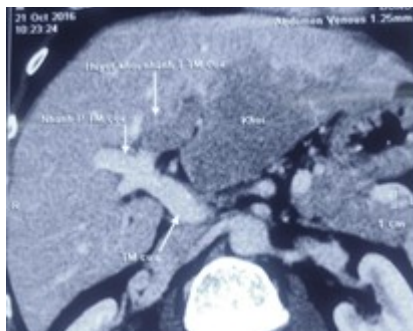
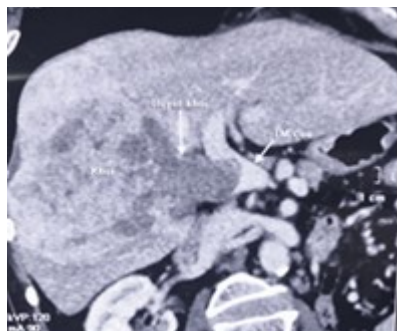
200 - 400 (IU/ml)	24	23,8
> 400 (IU/ml)	39	38,6
Tổng	101	100,0

Nhận xét: Có 16 bệnh nhân có xét nghiệm AFP bình thường (15,8%), AFP tăng trên 200IU/ml là 62,4%, trên 400IU/ml là 38,6%.

Bảng 6. Một số đặc điểm hình thái u gan trên siêu âm và chụp cắt lớp vi tính

Đặc điểm u gan		Siêu âm		Chụp cắt lớp vi tính	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Vị trí	Thùy phải	69	68,3	60	59,4
	Thùy trái	9	8,9	9	8,9
	Cả 2 thùy	23	22,8	32	31,7
Số u	1 u	53	52,5	55	54,5
	2 - 3 u	20	19,8	18	17,8
	> 3 u	28	27,7	28	27,7
Tăng sinh mạch	Không tăng	9	8,9	7	6,9
	Ít	30	29,7	16	15,8
	Vừa	24	23,8	31	30,7
	Nhiều	38	37,6	47	46,5
Nhóm kích thước u	< 5cm	7	6,9	4	4,0
	5 - 10cm	49	48,5	39	38,6
	> 10cm	45	44,6	58	57,4
Kích thước trung bình		9,62 ± 3,38cm		10,89 ± 3,7cm	

Nhận xét: Phần lớn số trường hợp có u gan ở thùy phải (68,3% - 59,4%), kích thước trung bình u là 10,89 ± 3,7cm, kích thước > 10cm chiếm 44,6% - 57,4%.



HK TMC nhánh phải
BN Ngô Văn Đ., 51T

HK TMC nhánh trái
BN Phạm Xuân A., 55T

Hình ảnh HK hệ TMC
BN Nguyễn Văn L., 42T

Hình 1. Hình ảnh huyết khối TMC trên chụp cắt lớp vi tính

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu 101 bệnh nhân cho thấy UBTG giai đoạn tiến triển gặp nhiều ở độ tuổi trên 40 chiếm đa số với tỷ lệ 92,1% trong đó nhóm tuổi 41 -60 là cao nhất (64,4%). Tuổi trung bình $54,5 \pm 11,9$. Tỷ lệ nam / nữ là 13,4 / 1. Kết quả này khá phù hợp với một số nghiên cứu trong nước như của Nguyễn Tiến Thịnh (2011) độ tuổi trung bình là $59,7 \pm 10,6$, nhóm tuổi cao trên 40 chiếm tỷ lệ 96,1%, tỷ lệ nam/nữ là 11/1 [3]. Nghiên cứu của Floridi C (2017) thì tuổi trung bình là 65,8, tỷ lệ nam / nữ là 6 / 1 [4]. Ở Việt Nam, UTBG thường xuất hiện ở tuổi trẻ hơn là vì ở trong vùng dịch tễ viêm gan B, có tỷ lệ lây nhiễm cao từ mẹ sang con và dùng chung kim tiêm. Trong khi, các nước phương Tây thì nguyên nhân chủ yếu là viêm gan C và do xơ gan rượu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân UBTG có nhiễm virus viêm gan B là 85,1%. Chỉ 2 bệnh nhân có anti-HCV (+) chiếm tỷ lệ 2%. Có 45/101 bệnh nhân nghiện rượu chiếm tỷ lệ 44,6%. Theo một số tác giả, virus viêm gan B có liên quan trong 50 - 80% các trường hợp UBTG trên toàn thế giới trong khi 10 - 25% số trường hợp có liên quan tới nhiễm virus viêm gan C. Nguy cơ mắc UBTG tăng gấp đôi ở những người thường xuyên uống rượu, tăng gấp 5 - 7 lần ở những người uống nhiều hơn 80g cồn/ ngày trên 10 năm, tăng gấp 8 lần ở những người nghiện rượu là nam giới.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, một số xét nghiệm cận lâm sàng

UBTG thường tiến triển thầm lặng, khi đã có biểu hiện triệu chứng lâm sàng thường là giai

đoạn muộn, tiến triển nhanh và thời gian sống thường dưới 6 tháng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các dấu hiệu khiến người bệnh phải đi khám chủ yếu là đau hạ sườn phải (94,1%), chán ăn (77,2%), mệt mỏi (84,2%), sút cân (65,3%), và gan to (43,6%). So sánh với các kết quả nghiên cứu khác cho thấy, Mai Hồng Bằng và cộng sự (2012) nghiên cứu trên 63 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan đã có huyết khối tĩnh mạch cửa thì tỷ lệ đau hạ sườn phải là 95,2%, mệt mỏi là 90,5%, chán ăn 88,9%, sút cân 60,3%, gan to 69,8% [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các chỉ số về công thức máu, đông máu đều trong giới hạn bình thường. Các chỉ số sinh hóa cũng trong giới hạn bình thường, ngoại trừ giá trị trung bình men gan tăng (GOT $103 \pm 76,8$, GPT $57 \pm 31,2$) đặc biệt GGT tăng cao nhất ($326,1 \pm 285,5$). Điều này có thể là do phần lớn các BN trong nhóm nghiên cứu đều có bệnh lý gan mạn tính tiềm tàng, tình trạng nhiễm virus viêm gan B, đặc biệt là nhóm bệnh nhân nghiện rượu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 16/101 BN (15,8%) có hàm lượng AFP bình thường ($\leq 25\text{IU/ml}$), trên 26ng/dl là 84,2% trong đó có tới 38,6% BN có hàm lượng AFP cao trên 400IU/ml . Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tiến Thịnh trên 121 bệnh nhân UBTG cho khối u kích thước $> 3\text{cm}$, thì chỉ số AFP ở mức bình thường cũng là 39,7% và chỉ có 52,9% có mức AFP $> 100\text{IU/ml}$ [3]. Đặc biệt, chúng tôi có 62,4% bệnh nhân AFP $> 200\text{IU/ml}$, theo ngưỡng chẩn đoán khuyến cáo của Hội nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ năm 2005 độ đặc hiệu chẩn đoán UBTG tại giá trị ngưỡng này đạt tới 100%, trong khi độ nhạy chỉ đạt 20 - 70% [9].

4.3. Đặc điểm hình thái u gan ở nhóm UBTG giai đoạn tiến triển có huyết khối TMC

Bên cạnh yếu tố thể trạng chung, chức năng gan, các thông số về khối u như: Kích thước, vị trí, số lượng u, mức độ tiến triển và xâm lấn ảnh hưởng rất lớn giúp chẩn đoán đúng giai đoạn UBTG để từ đó lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp đảm bảo thành công kỹ thuật và hiệu quả điều trị [8].

Vị trí u gan

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa phần các trường hợp u gan ở vị trí gan phải (68,9% trên siêu âm và 59,4% trên chụp CLVT), khối u nằm ở thùy gan trái gặp ở 8,9% trên siêu âm và chụp CLVT. Cả 2 phương pháp chẩn đoán hình ảnh có độ phù hợp cao về khả năng chẩn đoán vị trí u gan. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả khác trong nước phần lớn các trường hợp UBTG nằm ở thùy gan phải. Nghiên cứu của Mai Hồng Bằng tỷ lệ u gan phải là 84,6% [1].

Số lượng u gan

Kết quả của chúng tôi cho thấy cả siêu âm và chụp CLVT đều phát hiện phần lớn bệnh nhân có 1 khối u gan (52,5% trên siêu âm và 54,5% trên chụp CLVT), trong khi đó phát hiện 2 khối và trên 2 khối lần lượt là 19,8% và 27,7% trên siêu âm, 17,8% và 27,7%. Nghiên cứu của Jie Shi (2011) cho thấy có tới 90,7% là 1 u phát hiện cả trên siêu âm và chụp CLVT [6], trong khi đó Takizawa (2007) cũng ở trên đối tượng nghiên cứu là UBTG có huyết khối TMC lại thấy u gan 1 ổ chỉ chiếm 21,7% còn lại là 2 ổ trở lên [5]. Nghiên cứu của Connolly và cộng sự trên 194 bệnh nhân tỷ lệ u gan đa ổ chiếm tới 52,1%. Tuy nhiên, nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng số lượng u không phải là yếu tố nguy cơ độc lập của tình trạng huyết khối TMC [7].

Kích thước u gan

Kích thước u gan là một trong những chỉ số đánh giá trong các bảng phân loại về UBTG và là một trong những yếu tố tiên lượng độc lập đến thời gian sống thêm của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn số trường hợp có u gan kích thước lớn hơn 5cm, trong đó kích

thước lớn hơn 10cm trên siêu âm 44,6%, trên chụp CLVT có tới 57,4%, khối u có kích thước từ 5 - 10cm có 48,9% trên siêu âm và 38,6% trên chụp CLVT, kích thước nhỏ hơn 5cm chỉ có 6,9% trên siêu âm và 4,0% chụp CLVT. Kích thước u trung bình của các BN nghiên cứu $9,62 \pm 3,38$ cm (siêu âm) và $10,89 \pm 3,7$ cm (chụp CLVT) là khá lớn. Nghiên cứu của Mai Hồng Bằng (2012) trên bệnh nhân UBTG có huyết khối TMC cũng gần như nghiên cứu của chúng tôi với khoảng trên 70% BN kích thước khối u ≥ 5 cm, kích thước trung bình $7,96 \pm 3,6$ cm (trên siêu âm) và $8,96 \pm 4,3$ (trên chụp CLVT) [1]. Đồng thời cũng phù hợp với các nghiên cứu ở nước ngoài, như nghiên cứu của Jie Shi (2011) có tới 92% số trường hợp có u gan kích thước ≥ 5 cm [6]. Khi khối u kích thước lớn, giai đoạn tiến triển thì nồng độ AFP càng tăng cao. Một số nghiên cứu khác lại cho thấy không có mối tương quan chặt chẽ giữa AFP với kích thước và độ biệt hóa tế bào u. Nồng độ AFP có liên quan tới kích thước khối u nên đây đồng thời là một xét nghiệm giá trị trong theo dõi tái phát khối u.

Đặc điểm tăng sinh mạch

Về đặc điểm tăng sinh mạch kết quả cho thấy hầu hết các trường hợp u gan có tăng sinh mạch ở các mức độ khác nhau trên hình ảnh siêu âm màu Doppler (91,1%) và chụp CLVT (93,1%), trong đó 37,6% tăng sinh nhiều trên siêu âm và 46,5% chụp CLVT, 23,8% tăng sinh vừa trên siêu âm và 30,7% trên chụp CLVT. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Mai Hồng Bằng và cộng sự (2012) cho thấy 87,3% là tăng sinh mạch trong đó 58,7% tăng sinh mức độ vừa và nhiều [1].

5. Kết luận

Qua nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên 101 BN ung UBTG giai đoạn tiến triển có huyết khối TMC tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $54,2 \pm 11,7$, tỷ lệ nam / nữ là 13,4 /

1. Viêm gan B chiếm tỷ lệ 85,1%, nghiện rượu 44,6%. Phần lớn bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng là đau hạ sườn phải (94,1%), chán ăn (77,2%), mệt mỏi (84,2%), sút cân (65,3%) và gan to (43,6%). Có 84,2% bệnh nhân có nồng độ AFP tăng cao. Chủ yếu u gan ở thùy phải (68,9%), kích thước trung bình u gan là $10,89 \pm 3,7\text{cm}$, trong đó u gan $> 10\text{cm}$ chiếm tới 57,4%.

UBTG khi đã có biểu hiện triệu chứng lâm sàng thường là giai đoạn muộn, tiến triển nhanh, biểu hiện triệu chứng nặng nề, khối u kích thước lớn, nghiên cứu của chúng tôi ở BN giai đoạn tiến triển cho kết quả tương xứng.

Tài liệu tham khảo

1. Mai Hồng Bằng, Nguyễn Thị Anh Đào (2012) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan có huyết khối tĩnh mạch cửa*. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tập 7- số 1, tr. 1-9.
2. Bộ Y tế Việt Nam (2012) *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát*. Quyết định số 5250/QĐ-BYT.
3. Nguyễn Tiến Thịnh (2012) *Nghiên cứu hiệu quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp tắc mạch hóa dầu đơn thuần và tắc mạch hóa dầu kết hợp đốt nhiệt cao tần*. Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108.
4. Floridi C et al (2017) *Yttrium-90 radioembolization treatment for unresectable hepatocellular carcinoma: A single-centre prognostic factors analysis*. Medical Oncology 34(10): 174.
5. Daichi T et al (2007) *Hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombosis: Clinical characteristics, prognosis and patient survival analysis*. Digestive diseases and sciences 52(11): 3290-3295.
6. Jie S, Eric CH, Lai, Nam Li et al (2011) *A new classification for hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombus*. J Hepatobiliary Pancreat Sci 18: 74-80.
7. Gregory CC et al (2008) *Incidence, risk factors and consequences of portal vein and systemic thromboses in hepatocellular carcinoma*. Thrombosis research 122(3): 299-306.
9. Tublin ME, Dodd GD, Baron RL (1997) *Benign and malignant portal vein thrombosis: Differentiation by CT characteristics*. AJR 168: 719-723.
10. Lin Zhou, Jia Liu, and Feng Luo (2006) *Serum tumor markers for detection of hepatocellular carcinoma*. World journal of gastroenterology, WJG 12(8): 1175.
11. Tenzin N, Prashant P et al (2011) *Portal vein thrombosis-clinical profile*. JIACM 12(2): 134-140.