

VAI TRÒ CỦA HỘI CHÂN ĐA CHUYÊN KHOA TRONG LỰA CHỌN ĐIỀU TRỊ TỐI ƯU CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Phan Minh Trí¹, Bành Trung Hiếu²

TÓM TẮT

Giới thiệu

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là nguyên nhân tử vong do ung thư đứng hàng thứ ba toàn cầu. Mô hình hội chẩn đa chuyên khoa (multidisciplinary team – MDT) được thiết kế để phối hợp các chuyên gia (phẫu thuật viên gan mật, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ can thiệp mạch, bác sĩ ung thư học, bác sĩ nội khoa gan mật, thư ký y khoa...) nhằm lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân.

Mục tiêu

Bài báo này tổng hợp bằng chứng từ nhiều nghiên cứu quan sát và thử nghiệm lâm sàng về tác động của MDT đối với kết quả điều trị UTBMTBG, bao gồm thời gian chờ điều trị, tỉ lệ được điều trị triệt để, thời gian sống còn toàn bộ.

Phương pháp

Tổng hợp y văn, gồm các nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu từ năm 2008-2025, trong đó, tác động của MDT được đánh giá về tỷ lệ sống sót, giai đoạn phát hiện bệnh, thời gian từ chẩn đoán đến điều trị, khả năng tiếp cận các phương pháp điều trị, tuân thủ khuyến cáo và chất lượng cuộc sống.

Kết quả

Hầu hết các nghiên cứu cho thấy MDT giúp phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm hơn và giảm thời gian từ chẩn đoán đến điều trị. Tại Trung tâm Y tế Cựu chiến binh Hoa Kỳ, triển khai MDT làm tăng gấp đôi số bệnh nhân được giới thiệu, tăng tỉ lệ phát hiện sớm và cải thiện sống còn đáng kể ở giai đoạn II (OR sống còn 15,50, $p < 0,001$). Một nghiên cứu MDT khác ghi nhận thời gian đến điều trị giảm từ 5,3 xuống 2,3 tháng và MDT là yếu tố độc lập kéo dài sống còn (HR 2,5; 95 % CI 2–3), với sống trung vị tăng từ 4,8 lên 13,2 tháng. Các nghiên cứu sau đó xác nhận bệnh nhân tham gia MDT được điều trị nhiều hơn (OR 2,80) và sống trung vị dài hơn (19,1 so với 7,6 tháng) MDT cũng làm giảm nguy cơ tử vong trong phân tích thời gian thay đổi (HR 0,83).

Các nghiên cứu cũng đánh giá tuân thủ khuyến cáo của MDT. Khoảng 62 % bệnh nhân làm theo khuyến nghị của MDT và những người này có tỷ lệ sống sau 1 năm cao hơn. Nghiên cứu trên nhóm 85 % tuân thủ cho thấy bệnh nhân giai đoạn sớm được điều trị triệt căn có sống còn tốt hơn. Một thử nghiệm

ngẫu nhiên năm 2023 cho thấy chương trình chăm sóc MDT cải thiện điểm sức khỏe toàn diện của thang QLQ-C30 và giảm điểm lo âu, trầm cảm so với chăm sóc thông thường. Cơ sở dữ liệu quốc gia Đài Loan ghi nhận MDT kéo dài thời gian từ chẩn đoán đến điều trị nhưng vẫn giảm nguy cơ tử vong (HR 0,88) đặc biệt ở bệnh nhân giai đoạn trung gian/tiến triển.

Ở lĩnh vực ghép gan, nghiên cứu hồi cứu năm 2025 trên 393 bệnh nhân cho thấy trong nhóm vượt tiêu chuẩn UCSF, MDT cải thiện đáng kể sống còn tổng thể và sống không tái phát: tỷ lệ sống 1-/3-/5-năm là 88,68 %/75,29 %/61,78 % so với 83,02 %/64,07 %/38,25 % ở nhóm không MDT. Đặc biệt, MDT giúp ra quyết định điều trị cầu nối và quản lý chu phẫu.

Kết luận

Bằng chứng mạnh từ nhiều cỡ mẫu và thiết kế khác nhau cho thấy mô hình MDT cải thiện tỷ lệ sống, tăng khả năng nhận điều trị thích hợp, nâng cao chất lượng cuộc sống và giảm nguy cơ tử vong ở bệnh nhân HCC. Lợi ích nổi bật ở bệnh nhân giai đoạn trung gian/tiến triển và ở những bệnh nhân vượt quá tiêu chuẩn ghép gan. Tuy nhiên, một số nghiên cứu nhận định MDT kéo dài thời gian chờ điều trị và có thể gặp thiên lệch chọn lọc. Cần chuẩn hóa thành phần MDT, tần suất họp và tiêu chí đánh giá để tối ưu hoá lợi ích trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: hội chẩn đa chuyên khoa, ung thư biểu mô tế bào gan.

¹ Khoa Ngoại Gan Mật Tụy, Bệnh viện Chợ Rẫy – Bộ môn Ngoại, trường Y, Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh

² Khoa U gan, Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Chợ Rẫy

Tác giả liên hệ: TS. BS Phan Minh Trí

Email: phanminhtri2000@ump.edu.vn SĐT: 0944157733

ROLES OF MULTIDISCIPLINARY TEAM CONSULTATION IN SELECTING OPTIMAL TREATMENT FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS

Phan Minh Trí¹, Bành Trung Hiếu²

ABSTRACT

Introduction

Hepatocellular carcinoma (HCC) is the third leading cause of cancer-related death worldwide. The **multidisciplinary team (MDT)** model is designed to coordinate specialists (hepatobiliary surgeons, radiologists, interventional

radiologists, oncologists, hepatologists, medical secretaries, etc.) to select the optimal treatment plan for patients.

Objectives

This article synthesizes evidence from various observational studies and clinical trials on the impact of MDT on HCC treatment outcomes, including time to treatment, rate of curative treatment, and overall survival.

Methods

A literature review was conducted, including retrospective and prospective studies from 2008 to 2025. The impact of MDT was evaluated based on survival rates, disease stage at detection, time from diagnosis to treatment, access to treatment methods, adherence to recommendations, and quality of life.

Results

Most studies show that MDT helps detect disease at an earlier stage and reduces the time from diagnosis to treatment. At the U.S. Department of Veterans Affairs Medical Centers, MDT implementation doubled the number of patients referred, increased early detection rates, and significantly improved survival in stage II (OR survival 15.50, $p < 0.001$). Another MDT study noted that time to treatment decreased from 5.3 to 2.3 months, and MDT was an independent factor for prolonged survival (HR 2.5; 95% CI 2–3), with median survival increasing from 4.8 to 13.2 months. Subsequent studies confirmed that patients in MDT received more treatment (OR 2.80) and had longer median survival (19.1 vs. 7.6 months). MDT also reduced the risk of death in time-varying analysis (HR 0.83).

Studies also assessed adherence to MDT recommendations. Approximately 62% of patients followed MDT recommendations, and these patients had a higher one-year survival rate. A study on an 85% adherence group showed that early-stage patients who received curative treatment had better survival. A randomized trial in 2023 showed that an MDT care program improved overall health scores on the QLQ-C30 scale and reduced anxiety and depression scores compared to conventional care. The Taiwan National Database noted that while MDT prolonged the time from diagnosis to treatment, it still reduced the risk of death (HR 0.88), especially in patients with intermediate/advanced-stage disease.

In the field of liver transplantation, a 2025 retrospective study of 393 patients showed that in the group exceeding UCSF criteria, MDT significantly improved overall and recurrence-free survival: 1-/3-/5-year survival rates were 88.68%/75.29%/61.78% compared to 83.02%/64.07%/38.25% in the non-MDT group. Specifically, MDT aided in making decisions for bridging therapy and perioperative management.

Conclusions

Strong evidence from various sample sizes and study designs demonstrates that the MDT model improves survival rates, increases access to appropriate treatment, enhances quality of life, and reduces the risk of death in HCC patients. The benefits are particularly prominent in patients with intermediate/advanced-stage disease and in those who exceed liver transplant criteria. However, some studies note that MDT can prolong time to treatment and may be subject to selection bias. Standardization of MDT composition, meeting frequency, and evaluation criteria is needed to optimize benefits in clinical practice.

Keywords: multidisciplinary team, hepatocellular carcinoma.

¹ Department of Hepatopancreaticobiliary Surgery, Cho Ray hospital – Faculty of Surgery, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city.

² Liver tumor department – Cancer center – Cho Ray hospital

1. Giới thiệu

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là loại ung thư gan nguyên phát phổ biến nhất và là nguyên nhân tử vong do ung thư đứng hàng thứ ba trên thế giới. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn trung gian hoặc tiến triển, khi phương án điều trị hạn chế. Để vượt qua thách thức này, mô hình điều trị đa chuyên khoa (multidisciplinary team – MDT) đã được đề xuất nhằm phối hợp các chuyên gia từ các lĩnh vực khác nhau như gan mật, phẫu thuật gan, chẩn đoán hình ảnh, can thiệp mạch, hoá-xạ trị và ghép gan. Tổ chức European Association for the Study of the Liver (EASL) và Hiệp hội Nghiên cứu Gan Hoa Kỳ (AASLD) đều khuyến cáo HCC nên được thảo luận tại MDT để đưa ra quyết định tối ưu.

1.1. Thành phần và quy trình MDT

MDT thường bao gồm:

- **Bác sĩ gan mật và bác sĩ ung thư:** đánh giá bệnh lý gan nền và lựa chọn liệu pháp hệ thống.
- **Phẫu thuật viên gan:** xem xét khả năng cắt gan hoặc ghép gan.
- **Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và can thiệp mạch:** đánh giá hình ảnh CT/MRI, thực hiện TACE, RFA, MWA.
- **Bác sĩ xạ trị, bệnh lý và chăm sóc giảm nhẹ:** tối ưu hoá liệu xạ, đánh giá mô bệnh học và hỗ trợ người bệnh.

Quy trình MDT thường bao gồm họp hàng tuần hoặc định kỳ, trong đó bệnh án được trình bày, hình ảnh được phân tích và nhóm thảo luận đề đạt được đồng thuận. Nhiều cơ sở tổ chức phòng khám MDT một ngày (one-stop clinic) nhằm giảm thời gian chờ và giúp bệnh nhân gặp nhiều chuyên khoa trong một lần khám.

2. Lợi ích của MDT

2.1. Cải thiện tỷ lệ sống và khả năng tiếp cận điều trị

Các nghiên cứu theo thời gian ghi nhận MDT cải thiện sống còn rõ rệt. Trung tâm Y tế Cựu chiến binh Hoa Kỳ (Chang et al., 2008) báo cáo MDT tăng gấp đôi số bệnh nhân được giới thiệu, tăng tỷ lệ phát hiện sớm và cải thiện sống còn, đặc biệt ở giai đoạn II (odds ratio sống còn 15,50). Một phòng khám đa chuyên khoa tại Dallas (Yopp et al., 2014) ghi nhận bệnh nhân được MDT quản lý có thời gian điều trị ngắn hơn (2,3 so với 5,3 tháng) và sống trung vị 13,2 tháng so với 4,8 tháng ở giai đoạn trước MDT; MDT là yếu tố độc lập kéo dài sống (hazard ratio 2,5).

Bệnh viện Wisconsin (Agarwal et al., 2017) cho thấy bệnh nhân được thảo luận tại MDT có khả năng nhận điều trị cao hơn (OR 2,80; 95 % CI 1,71–4,59) và sống trung vị dài hơn ($19,1 \pm 2,5$ tháng so với $7,6 \pm 0,9$ tháng). Trong một nghiên cứu trên cựu chiến binh Hoa Kỳ, theo dõi theo thời gian thay đổi,

MDT board giúp giảm nguy cơ tử vong (HR 0,83) và đánh giá bởi đa chuyên gia làm tăng khả năng nhận trị liệu hoạt động (OR 1,60).

Nghiên cứu quốc gia của Đài Loan sử dụng dữ liệu hơn 10.000 bệnh nhân cho thấy MDT kéo dài khoảng thời gian từ chẩn đoán đến điều trị nhưng vẫn giảm nguy cơ tử vong (HR 0,88) và đặc biệt hiệu quả với bệnh nhân giai đoạn trung gian/tiền triển. Các phân tích tổng hợp gần đây cho thấy MDT tăng khả năng phát hiện HCC giai đoạn sớm (RR 1,60) và giảm nguy cơ tử vong chung (HR 0,63) mặc dù ảnh hưởng đến tỉ lệ điều trị triệt căn chưa nhất quán.

2.2. Ảnh hưởng đến ghép gan và điều trị cầu nối

Một nghiên cứu hồi cứu năm 2025 về MDT trong ghép gan bao gồm 393 bệnh nhân HCC. Trong nhóm vượt tiêu chuẩn UCSF, MDT cải thiện đáng kể tỷ lệ sống 1-/3-/5-năm (88,68 %/75,29 %/61,78 % so với 83,02 %/64,07 %/38,25 %) và sống không tái phát. MDT giúp ra quyết định điều trị cầu nối (TACE, RFA) trong thời gian chờ ghép và tối ưu quản lý chu phẫu, nhấn mạnh vai trò quan trọng của hội nghị u khi nguồn gan khan hiếm.

2.3. Tuân thủ khuyến cáo và chất lượng cuộc sống

Chất lượng quyết định và tuân thủ điều trị là chỉ số quan trọng phản ánh hiệu quả MDT. Trong một nghiên cứu ở Boston, 62 % bệnh nhân tuân thủ khuyến cáo của hội nghị u; nhóm này có tỷ lệ sống sau 1 năm cao hơn; nguyên nhân không tuân thủ bao gồm bệnh nhân không đến tái khám, bệnh diễn tiến nhanh hoặc lựa chọn của bác sĩ. Một nghiên cứu gần đây khác báo cáo tỉ lệ tuân thủ 85,3 %; những bất đồng chủ yếu xảy ra ở bệnh nhân giai đoạn sớm khi lựa chọn giữa điều trị triệt căn và giảm nhẹ. Bệnh nhân giai đoạn A unifocal nhận điều trị triệt căn sống lâu hơn so với điều trị giảm nhẹ, cho thấy MDT đóng vai trò quan trọng trong khuyến cáo điều trị tối ưu.

Về chất lượng sống, một thử nghiệm ngẫu nhiên năm 2023 đã so sánh 76 bệnh nhân nhận chương trình chăm sóc MDT 6 tháng với 74 bệnh nhân nhận chăm sóc thông thường. Nhóm MDT có điểm sức khỏe toàn diện (QLQ-C30) tăng tại tháng 1, 3 và 6, điểm chức năng tăng tại tháng 3 và 6, và điểm triệu chứng giảm ở tháng 1 và 3; điểm lo âu và trầm cảm (HADS) cũng giảm đáng kể. Nghiên cứu này chứng minh MDT không chỉ kéo dài sống mà còn cải thiện sức khỏe tinh thần và thể chất.

3. Hạn chế và thách thức

Mặc dù lợi ích rõ rệt, MDT vẫn đối mặt với một số hạn chế:

- **Thiên lệch chọn lọc và tài nguyên:** Nhiều nghiên cứu là hồi cứu, dễ bị thiên lệch giới thiệu (bệnh nhân có điều kiện tốt hơn được giới thiệu vào MDT). Cơ sở thiếu nguồn lực có thể khó tổ chức MDT thường kỳ.
- **Thời gian chờ:** Nghiên cứu Đài Loan cho thấy MDT kéo dài thời gian từ chẩn đoán đến điều trị, có thể do quy trình thảo luận và xét nghiệm

bổ sung.

- **Chưa chuẩn hóa:** Thành phần và tần suất họp MDT khác nhau giữa các trung tâm. Một số nghiên cứu cho thấy MDT không làm tăng tỉ lệ điều trị triệt căn.

Giải pháp bao gồm chuẩn hóa quy trình, sử dụng tele-MDT để giảm thời gian chờ và nghiên cứu ngẫu nhiên nhiều trung tâm để kiểm chứng tác dụng.

4. Kết luận và khuyến nghị

Mô hình MDT mang lại lợi ích toàn diện cho bệnh nhân HCC: tăng khả năng phát hiện sớm, lựa chọn trị liệu phù hợp, kéo dài sống còn và nâng cao chất lượng cuộc sống. Lợi ích đặc biệt rõ ở bệnh nhân giai đoạn trung gian/tiến triển hoặc vượt tiêu chuẩn ghép. Các trung tâm điều trị HCC nên triển khai MDT thường kỳ, bao gồm bác sĩ gan mật, phẫu thuật viên, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, can thiệp mạch, ung thư học và chăm sóc giảm nhẹ. Cần xây dựng hướng dẫn quốc gia về tổ chức MDT, áp dụng công nghệ tele-medicine và tiến hành thử nghiệm ngẫu nhiên, đa trung tâm để đánh giá hiệu quả dài hạn.

Tài liệu tham khảo:

1. Chang TT, Sawhney R, Monto A, Davoren JB, Kirkland JG, Stewart L, Corvera CU. Implementation of a multidisciplinary treatment team for hepatocellular cancer at a Veterans Affairs Medical Center improves survival. *HPB (Oxford)*. 2008;10(6):405–411. doi:10.1080/13651820802356572.
2. Yopp AC, Mansour JC, Beg MS, Arenas J, Trimmer C, Reddick M, et al. Establishment of a multidisciplinary hepatocellular carcinoma clinic is associated with improved clinical outcome. *Ann Surg Oncol*. 2014;21(4):1287–1295. doi:10.1245/s10434-013-3413-8.
3. Zhang J, Mavros MN, Cosgrove D, Hirose K, Herman JM, Smallwood-Massey S, et al. Impact of a single-day multidisciplinary clinic on the management of patients with liver tumours. *Curr Oncol*. 2013;20(2):e123–e131. doi:10.3747/co.20.1297.
4. Agarwal PD, Phillips P, Hillman L, Lucey MR, Lee F, Mezrich JD, Said A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma improves access to therapy and patient survival. *J Clin Gastroenterol*. 2017;51(9):845–849. doi:10.1097/MCG.0000000000000825.
5. Serper M, Taddei TH, Mehta R, D’Addeo K, Dai F, Aytaman A, et al. Association of provider specialty and multidisciplinary care with hepatocellular carcinoma treatment and mortality. *Gastroenterology*. 2017;152(8):1954–1964. doi:10.1053/j.gastro.2017.02.040.
6. Sinn DH, Choi G-S, Park HC, Kim JM, Kim H, Song KD, et al. Multidisciplinary approach is associated with improved survival of hepatocellular carcinoma patients. *PLoS One*. 2019;14(1):e0210730. doi:10.1371/journal.pone.0210730.
7. Gashin L, Tapper E, Babalola A, Lai KC, Miksad R, Malik R, et al. Determinants and outcomes of adherence to recommendations from a multidisciplinary tumour conference for hepatocellular carcinoma. *HPB (Oxford)*. 2014;16(11):1009–1015. doi:10.1111/hpb.12280.
8. Charriere B, Muscari F, Maulat C, Bournet B, Bonnet D, Bureau C, et al. Outcomes of patients with hepatocellular carcinoma are determined in multidisciplinary team meetings. *J Surg Oncol*. 2017;115(3):330–336. doi:10.1002/jso.24500.
9. Duinink G, Lopez-Aguilar AG, Lee RM, Miller L, Dariushnia S, Wu C, et al. Optimizing cancer care for hepatocellular carcinoma at a safety-net hospital: The value of a

- multidisciplinary disease management team. *J Surg Oncol*. 2019;120(8):1365–1370. doi:10.1002/jso.25738.
10. El Dahan KS, Reczek A, Daher D, Rich NE, Yang JD, Hsiehchen D, et al. Multidisciplinary care for patients with HCC: a systematic review and meta-analysis. *Hepatol Commun*. 2023;7(5):e0143. doi:10.1097/HC9.0000000000000143.
 11. Cao Y, Mezzacappa C, Jaffe A, Strazzabosco M, Taddei TH. Adherence to tumor board recommendations in the treatment of patients with hepatocellular carcinoma. *J Multidiscip Healthc*. 2023;16:1531–1540. doi:10.2147/JMDH.S407908.
 12. Tseng YC, Kung PT, Peng CY, Chou WY, Tsai WC. Effect of multidisciplinary team care on patient survival in chronic hepatitis B or C hepatocellular carcinoma. *Front Oncol*. 2023;13:1251571. doi:10.3389/fonc.2023.1251571.
 13. Zhang L, Yang J, Li JJ, Chen CY, Wang XD, Xie Y, Jiang WT. Multidisciplinary tumor board is associated with improved survival in patients with hepatocellular carcinoma after liver transplantation. *World J Clin Oncol*. 2025;16(4):100729. doi:10.5306/wjco.v16.i4.100729.
 14. Davison SA, Gosbell A, Mai Q, Ngu M, Nathan H, Kwan V, et al. Survival benefits of multi-disciplinary team care in hepatocellular carcinoma at Liverpool Hospital, New South Wales, 2003–2013. *J Gastroenterol Hepatol*. 2015;30(Suppl 3):95–116. doi:10.1111/jgh.13093.
 15. Zaky S, Makhoulf NA, Abdel-Malek MO, Bakheet AA, Seif HM, Hamza HM, Sabry AMM. Multidisciplinary decision making in the management of hepatocellular carcinoma: A hospital-based study. *Turk J Gastroenterol*. 2015;26(6):498–505. doi:10.5152/tjg.2015.0158.
 16. Chirikov VV, Mullins CD, Hanna N, Breunig IM, Seal B, Shaya FT. Multispecialist care and mortality in hepatocellular carcinoma. *Am J Clin Oncol*. 2015;38(6):557–563. doi:10.1097/COC.0000000000000000.
 17. Yang L, Yan C, Wang J. Effect of multi-disciplinary team care program on quality of life, anxiety, and depression in hepatocellular carcinoma patients after surgery: a randomized, controlled study. *Front Surg*. 2023;9:1045003. doi:10.3389/fsurg.2022.1045003.
 18. Cohen GS, Black M. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma: a model for therapy. *J Multidiscip Healthc*. 2013;6:189–195. doi:10.2147/JMDH.S41206.
 19. Rabiee A, Mohamadnejad M, Bhargava M, Isik B, Parikh ND, Barman PM, et al. Development and implementation of multidisciplinary liver tumor boards: A practical roadmap. *Cancers (Basel)*. 2021;13(19):4849. doi:10.3390/cancers13194849.
 20. Zaky S, Makhoulf NA, Abdel-Malek MO, Bakheet AA, Seif HM, Hamza HM, et al. Hepatocellular carcinoma: outcomes after multidisciplinary hepatoma board decision in an Egyptian center. *Turk J Gastroenterol*. 2015;26(6):498–505. doi:10.5152/tjg.2015.0158.
 21. Kouladouros K, Kanioura L, Sposito C, Donadon M, Torzilli G, Kalogeropoulos G, et al. The role of the multidisciplinary tumor board after liver transplantation. *World J Transplant*. 2023;13(12):1076–1094. doi:10.5500/wjt.v13.i12.1076.