

## ĐÁNH GIÁ SỐNG THÊM TRUNG HẠN ĐIỀU TRỊ NÚT MẠCH HÓA CHẤT BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

### Medium-term survival after transarterial chemoembolization in patients with hepatocellular carcinoma in radiology center of Bach Mai Hospital

*Lê Doãn Trí\*, Trịnh Hà Châu\*\*, Lê Văn Kháng\*\*, Đỗ Đăng Tân\*\*,  
Nguyễn Thị Tố Ngân\*\*, Vũ Đăng Lưu\*\*, Phạm Minh Thông\**

#### SUMMARY

**Purpose:** Evaluation the survival of the patients with hepatocellular carcinoma (HCC) who underwent transcatheter arterial chemoembolization (TACE).

**Subjects and methods:** Retrospective study on transcatheter arterial chemoembolization in patients with hepatocellular carcinoma from July 2017 to July 2020 at Radiology Center - Bach Mai Hospital.

**Results:** 70 patients including 64 men (92.9%) and 6 women (7.1%) had a confirmed diagnosis of HCC with a mean age of  $61.5 \pm 11.34$  years (from 32 to 83 years). The mean number of treatment sessions were  $4.5 \pm 0.4$  lần (1-16). Progression-free survival after initial TACE and overall survival median was  $29.7 \pm 3.3$  months,  $43.3 \pm 2.5$  months, respectively. Cumulative survival time at 1 year, 2 years, 3 years and 5 years is 91.4%, 77.1%, 63.7% and 29.4%, respectively. Patients treated with cTACE were 67.1% and Deb-TACE were 32.9%. mRECIST after the first TACE: complete response, partial response, stable disease and advanced disease were 30.0%, 55.7%, 4.3%, 10.0%, respectively. Patients with objective response had a survival of  $47.8 \pm 2.3$  months, and patients with poor response had a survival of  $12.2 \pm 2.7$  months, respectively ( $p = 0.001$ ). mRECIST response predicted survival among the patients on univariate analysis ( $HR=15.13$ ,  $p=0.000$ ). The independent predictors for survival were mRECIST response ( $p=0.001$ ).

**Conclusion:** Use of TACE in intermediate stage HCC patients gives a significant survival advantage when objective response is achieved as per mRECIST.

**Key words:** TACE, Progression-free survival, overall survival..

\* Trường đại học Y Hà Nội

\*\* Trung tâm Điện quang,  
Bệnh viện Bạch Mai

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một bệnh ác tính phát sinh từ sự đột biến tế bào gan, theo báo cáo GLOBOCAN năm 2020 của Cơ quan nghiên cứu quốc tế về ung thư (IARC), ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) đứng hàng 6 về Tỷ lệ mắc và đứng thứ 3 về Tỷ lệ tử vong. Có khoảng 905.677 ca mắc mới và 830.180 ca tử vong trong năm 2020 [1]. Cũng theo báo cáo GLOBOCAN năm 2020 Việt Nam có khoảng 26.418 ca bệnh ung thư gan mắc mới và 20.256 ca tử vong, nhiều nhất trong các loại ung thư ở nam và đứng thứ 5 trong các loại ung thư ở nữ [2]. UTBMTBG diễn biến nhanh và tiên lượng xấu nếu không được điều trị kịp thời. Tuy nhiên, UTBMTBG ít khi được chẩn đoán sớm, phần lớn chẩn đoán khi ở giai đoạn trung gian hoặc ở giai đoạn tiến triển, không phù hợp với các phương pháp điều trị triệt căn như phẫu thuật cắt gan, ghép gan, phá hủy khối u tại chỗ [3]. Nút mạch hóa chất từ lâu đã được chấp nhận như là phương pháp điều trị tạm thời cơ bản cho các bệnh nhân UTBMTBG không còn chỉ định phẫu thuật. Theo các nghiên cứu và báo cáo trên thế giới, điều trị nút mạch hóa chất đường động mạch (TACE) có độ an toàn, khả năng kiểm soát được sự phát triển của UTBMTBG cũng như kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân [4], [5]. Tại Việt Nam, nút mạch hóa chất qua đường động mạch (TACE) được chấp nhận rộng rãi từ năm 2002, đã có nhiều báo cáo về kết quả bước đầu và kết quả ngắn hạn của phương pháp [6], [7]. Tuy nhiên, ở Bệnh viện Bạch Mai chưa có nghiên cứu đánh giá và xác định kết quả điều trị trung hạn ở những bệnh nhân được chẩn đoán Ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn đã điều trị bằng phương pháp nút mạch hóa chất. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá thời gian sống thêm bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được nút mạch hóa chất tại Bệnh viện Bạch Mai.

## II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn chọn:** Các bệnh nhân được lựa chọn thỏa mãn các tiêu chuẩn (1) Chẩn đoán xác định là UTBMTBG theo hướng dẫn của Bộ Y Tế; (2) điều trị nút mạch hóa chất lần đầu từ tháng 7/2017 đến tháng 7/2020

tại Trung tâm điện quang - Bệnh viện Bạch Mai; (3) có đầy đủ thông tin và hồ sơ lưu trữ.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch cửa hoặc có tổn thương di căn tại thời điểm nút mạch hóa chất lần đầu; (2) bệnh nhân không theo dõi được trong quá trình thực hiện nghiên cứu; (3) dữ liệu hình ảnh không được lưu trữ trên hệ thống PACs.

### 2. Các bước tiến hành

Thu thập thông tin và tiến hành đánh giá bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại thời điểm trước điều trị nút mạch hóa chất lần đầu. Sau đó, tiến hành đánh giá hiệu quả điều trị sau điều trị nút mạch hóa chất lần đầu. Cuối cùng, tiến hành đánh giá thời gian sống thêm của bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu. Thời điểm dừng theo dõi đến tháng 8-2022.

Xử lý số liệu thu thập các biến số lưu trữ và xử lý bằng phần mềm SPSS 22. So sánh các đặc điểm về tỷ lệ của nhóm nghiên cứu bằng, biểu đồ, kiểm định sự khác biệt bằng test chi-square, test Fisher's. Thời gian sống thêm phân tích theo phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan - Meier. Sử dụng kiểm định Log - rank khảo sát mối quan hệ giữa thời gian sống thêm với các yếu tố tiên lượng. Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0.05$  với độ tin cậy 95%.

### 3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu phân tích hồi cứu.

## II. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu nhóm bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ đa số với 64 bệnh nhân (91,4%). Nhóm tuổi phổ biến nhất là trên 40 tuổi (95,7%). Nhiễm virus viêm gan B mạn tính là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất (87,1%). Tất cả các bệnh nhân đều có tình trạng xơ gan; hầu hết các bệnh nhân đều ở giai đoạn xơ gan độ A theo Child-Pugh (87,3%), không có bệnh nhân nào ở giai đoạn xơ gan Child Pugh C. Các trường hợp có 1 khối u gan là 44 bệnh nhân (62,9%), trong khi đó các trường hợp có nhiều hơn 1 khối u là 26 bệnh nhân (37,1%). Các khối u tại thời điểm TACE lần đầu có kích thước  $< 3\text{cm}$  chiếm tỷ

lệ 38,6%, kích thước 3-5cm chiếm 37,1% và kích thước >5cm chiếm 24,3%. Các bệnh nhân được điều trị với vật liệu Lipiodol chiếm 67,1% (47 BN) và sử dụng hạt vi cầu chiếm 32,9% (23 BN). Sau điều trị nút mạch hóa chất lần đầu có 60 trường hợp (85,7%) có đáp ứng theo mRECIST, trong đó các trường hợp đáp ứng hoàn toàn chiếm tỷ lệ 30,0%. Trung bình số lần điều trị của các bệnh nhân là  $4,2 \pm 0,3$  lần (Bảng 1).

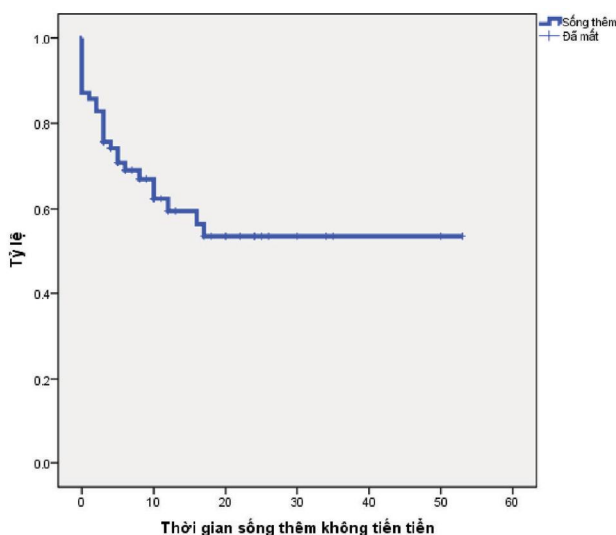
**Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	Số lượng (N =70)	Tỷ lệ (%)
<b>Đặc điểm về giới</b>		
- Nam	64	91,4
- Nữ	6	8,6
<b>Tuổi</b>		
- <40 tuổi	3	4,3
- 40 – 60 tuổi	32	45,7
- > 60 tuổi	35	50,0
<b>Yếu tố nguy cơ xơ gan</b>		
- Viêm gan virus B mạn tính (VGB)	61	87,1
- Viêm gan virus C mạn tính (VGC)	4	2,7
- Khác	5	7,2
<b>Mức độ xơ gan theo Child-Pugh</b>		
- Child A	65	92,9
- Child B	5	7,1
- Child C	0	0
- Không xơ gan	0	0
<b>Số lượng khối u</b>		
- 1 khối	44	62,9
- >1-3 khối	19	27,1
- >3 khối	7	10,0
<b>Kích thước khối u</b>		
- < 3cm	27	38,6
- 3-5cm	26	37,1
- >5cm	17	24,3
<b>Vật liệu nút mạch</b>		
- Lipiodol	47	67,1
- Hạt vi cầu	23	32,9

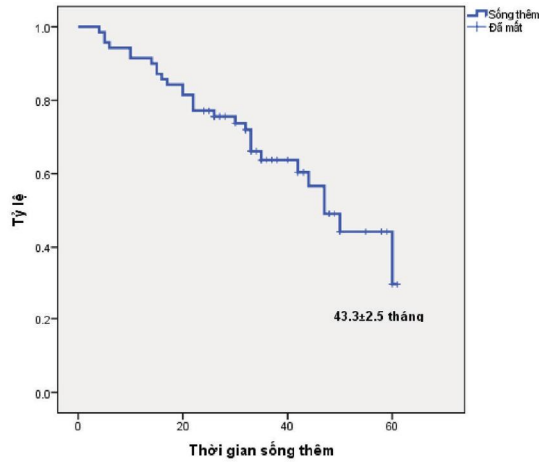
<b>Đáp ứng theo mRECIST</b>		
<b>Có đáp ứng</b>		
- Đáp ứng một phần	39	55,7
- Đáp ứng hoàn toàn	21	30,0
<b>Không đáp ứng</b>		
- Bệnh ổn định	3	4,3
- Bệnh tiến triển	7	10,0
<b>Số lần điều trị</b>		
- 1 lần	6	8,6
- 1-3 lần	31	44,3
- >3 lần	33	47,1

**Đánh giá thời gian sống thêm**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm không tiến triển ước tính trung bình là  $29,7 \pm 3,3$  tháng (95%CI 23,3 - 36,1). Tỷ lệ sống thêm không tiến triển tích lũy tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng và 18 tháng lần lượt là 66,1%, 57,0% và 51,0% (Biểu đồ 1), thời gian theo dõi trung bình  $32,6 \pm 14,4$  tháng (95%CI 38,2 - 47,9). Trong 70 bệnh nhân, có 29 BN tử vong (41,4%) và 41 BN vẫn còn sống (58,6%). Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình ước tính là  $43,3 \pm 2,5$  tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tích lũy tại thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt là 91,4%, 77,1%, 63,7% và 29,4% (Biểu đồ 2).

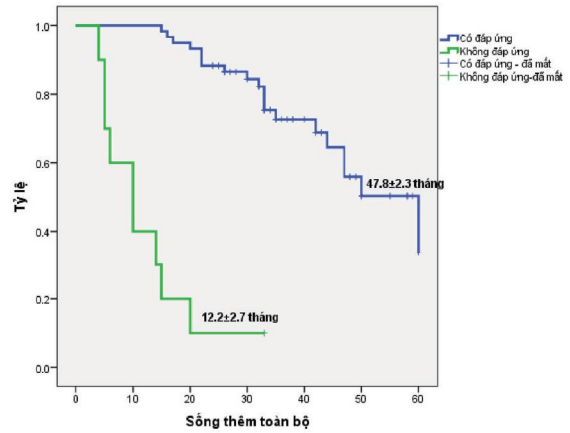


**Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không tiến triển ước tính**



**Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ ước tính**

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tích lũy tại thời điểm 1 năm, 3 năm, 5 năm của nhóm đáp ứng điều trị và không đáp ứng điều trị theo mRECIST lần lượt là 100%, 72,7%, 33,6% và 40,0%, 0%, 0% ( $p = 0,0001$ ). Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình ước tính của nhóm bệnh nhân có đáp ứng điều trị TACE lần đầu dài hơn nhóm không đáp ứng tương ứng là  $47,8 \pm 2,3$  tháng và  $12,2 \pm 2,7$  tháng ( $p = 0,0001$ ).



**Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm toàn bộ theo đáp ứng điều trị mRECIST**

Đáp ứng điều trị theo mRECIST dự báo sống thêm của các bệnh nhân. Nhóm không đáp ứng điều trị có nguy cơ tử vong cao gấp 15.13 lần nhóm có đáp ứng điều trị với  $p = 0,000$  (Bảng 2). Phân tích đơn biến thì có nồng độ AFP ban đầu ( $p = 0,002$ ), số khối u ( $p = 0,001$ ) và đáp ứng điều trị mRECIST ( $p = 0,000$ ) có liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ. Phân tích đa biến cho thấy đáp ứng sau điều trị mRECIST ( $p = 0,001$ ) là yếu tố tiên lượng độc lập về thời gian sống thêm (Bảng 3).

**Bảng 2. Khả năng sống thêm TACE lần đầu theo mRECIST giữa bệnh nhân có đáp ứng và không đáp ứng (phân tích đơn biến)**

Tên biến	Phân nhóm	Hệ số $\beta$	p	Tỷ số nguy cơ (HR)	Khoảng tin cậy 95% của HR	
					Lower	Upper
Đáp ứng điều trị theo mRECIST	Có đáp ứng	2,717	0,000	15,13	6,12	37,40
	Không đáp ứng					

**Bảng 3. Các yếu tố tiên lượng thời gian sống thêm toàn bộ**

Yếu tố	Phân tích đơn biến	Phân tích đa biến
	P	P
Tuổi	0,068	0,652
Giới	0,719	0,229
Số khối	0,001	0,695
Kích thước u	0,076	0,638
Child Pugh	0,096	0,961
AFP	0,002	0,093
Vật liệu nút mạch	0,282	0,117
Số lần điều trị	0,256	0,401
Đáp ứng điều trị mRECIST	0,000	0,001

## IV. BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi hồi cứu trên 70 bệnh nhân, với 64 bệnh nhân nam (91,4%) và 6 bệnh nhân nữ (8,6%). Sự khác biệt này cũng giống như trong nghiên cứu của của Ferlay (2021) [8]. Điều này được giải thích là do một số yếu tố nguy cơ gây xơ gan như nghiện rượu, VGB gặp chủ yếu ở nam giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi >40 tuổi chiếm đa số 95,7%. Đây là lứa tuổi trung niên, có thời gian phơi nhiễm với viêm gan virus và xơ gan kéo dài. Yếu tố nguy cơ xơ gan trong nghiên cứu của chúng tôi phổ biến nhất là VGB mạn tính (87,1%), nhiễm VGC mạn tính và các nguyên khác chiếm tỷ lệ thấp hơn (7,3%), tương đồng với nghiên cứu của Chen (2006) [9]. Tỷ lệ VGB cao hơn nhiều so với các yếu tố nguy cơ khác như VGC, nghiện rượu. Điều này liên quan đến dịch tễ học VGB ở Việt Nam, khác với Nhật Bản yếu tố nguy cơ chính là VGC [10] và khác với các nước châu Âu, yếu tố nguy cơ chính là xơ gan rượu, giống với các nghiên cứu của Hồng Kông và của Việt Nam [11]. Tất cả bệnh nhân đều có tình trạng xơ gan, trong đó mức độ xơ gan của các bệnh nhân chiếm đa số là Child - Pugh A (chiếm đa số với 92,9%) phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh nhân của chúng tôi là các bệnh nhân ung thư gan có chỉ định TACE [12].

### 2. Thời gian sống thêm

Kể từ năm 1977 nút mạch hóa chất động mạch điều trị ung thư biểu mô tế bào gan đã được thực hiện rộng rãi không chỉ ở Nhật Bản, mà còn ở các nước châu Á khác. Ở Việt Nam, đến năm 2002 phương pháp này được chấp nhận rộng rãi trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian theo dõi trung bình  $32,6 \pm 14,4$  tháng. Trong 70 bệnh nhân, có 29 BN tử vong (41,4%) và 41 BN vẫn còn sống (58,6%). Thời gian ước tính sống thêm không tiến triển là  $29,7 \pm 3,3$  đối với nhóm bệnh nhân đáp ứng điều trị hoàn toàn. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình  $43,3 \pm 2,5$  tháng. Tỷ

lệ thời gian sống thêm tích lũy của nhóm đối tượng trong nghiên cứu này lần lượt là 91,4% sau 1 năm, 77,1% sau 2 năm, 63,7% sau 3 năm và 29,4% sau 5 năm tương tự với nghiên cứu của Takayasu K (2006) [13] và Olivo (2010) [14]. Các bệnh nhân được điều trị cTACE chiếm 67,1% và Deb-TACE chiếm 32,9%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sử dụng mRECIST để đánh giá đáp ứng điều trị, 30,0% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 55,7% đáp ứng một phần, 4,3% bệnh ổn định và 10,0% bệnh tiến triển. Đáp ứng một phần và đáp ứng hoàn toàn xem là có đáp ứng điều trị, 85,7% bệnh nhân trải qua TACE có đáp ứng điều trị. Điều này tương tự như được thấy trong nghiên cứu của Elkadeem (2018) [15] và Bony George (2022) [16]. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tích lũy tại thời điểm 1 năm, 3 năm, 5 năm của nhóm đáp ứng điều trị và không đáp ứng điều trị theo mRECIST lần lượt là 100%, 72,7%, 33,6% và 40,0%, 0%, 0% ( $p = 0,0001$ ). Thời gian ước tính sống thêm trung bình của những bệnh nhân điều trị TACE lần đầu cao hơn đáng kể ở những người có đáp ứng so với những người không đáp ứng ( $47,8 \pm 2,3$  tháng so với  $12,2 \pm 2,7$  tháng,  $p = 0,001$ ). Đáp ứng điều trị mRECIST là yếu tố tiên lượng độc lập trong tiên lượng thời gian sống ( $p = 0,001$ ). Tương đồng với các nghiên cứu của Bony George (2022) [16] và Haywood (2016) [17]. Vì vậy, TACE lần đầu rất quan trọng đối với điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, cần có chiến lược phù hợp để đem lại hiệu quả tối đa, kéo dài thời sống thêm cho người bệnh.

### III. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng trong nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan, TACE là phương pháp điều trị có hiệu quả tốt, kéo dài thời gian sống thêm của bệnh, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có đáp ứng điều trị. Vì vậy, đáp ứng điều trị với khối u ở bệnh nhân là mục tiêu cần đạt được khi điều trị TACE để kéo dài thời gian sống thêm.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu, European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol.* 2018;69(1):182-236. doi:10.1016/j.jhep.2018.03.019
3. Kong JY, Li SM, Fan HY, Zhang L, Zhao HJ, Li SM. Transarterial chemoembolization extends long-term survival in patients with unresectable hepatocellular carcinoma. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(33):e11872. doi:10.1097/MD.00000000000011872
4. Skowasch M, Schneider J, Otto G, et al. Midterm follow-up after DC-BEAD™-TACE of hepatocellular carcinoma (HCC). *Eur J Radiol.* 2012;81(12):3857-3861. doi:10.1016/j.ejrad.2012.07.002
5. Massarweh NN, El-Serag HB. Epidemiology of Hepatocellular Carcinoma and Intrahepatic Cholangiocarcinoma. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent.* 2017;24(3):1073274817729245. doi:10.1177/1073274817729245
6. Llovet JM, Real MI, Montaña X, et al. Arterial embolisation or chemoembolisation versus symptomatic treatment in patients with unresectable hepatocellular carcinoma: a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 2002;359(9319):1734-1739. doi:10.1016/S0140-6736(02)08649-X
7. Llovet JM, Bruix J. Systematic review of randomized trials for unresectable hepatocellular carcinoma: Chemoembolization improves survival. *Hepatol Baltim Md.* 2003;37(2):429-442. doi:10.1053/jhep.2003.50047
8. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer.* 2021;149(4):778-789. doi:10.1002/ijc.33588
9. Chen CJ, Yang HI, Su J, et al. Risk of hepatocellular carcinoma across a biological gradient of serum hepatitis B virus DNA level. *JAMA.* 2006;295(1):65-73. doi:10.1001/jama.295.1.65
10. Takaki H, Yamakado K, Sakurai H, et al. Radiofrequency Ablation Combined With Chemoembolization: Treatment of Recurrent Hepatocellular Carcinomas After Hepatectomy. *Am J Roentgenol.* 2011;197(2):488-494. doi:10.2214/AJR.10.4933
11. Kim JW, Kim JH, Won HJ, et al. Hepatocellular carcinomas 2-3 cm in diameter: transarterial chemoembolization plus radiofrequency ablation vs. radiofrequency ablation alone. *Eur J Radiol.* 2012;81(3):e189-193. doi:10.1016/j.ejrad.2011.01.122
12. Young M, John S. Hepatic Chemoembolization. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2022. Accessed September 9, 2022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507822/>
13. Takayasu K, Arii S, Ikai I, et al. Prospective cohort study of transarterial chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma in 8510 patients. *Gastroenterology.* 2006;131(2):461-469. doi:10.1053/j.gastro.2006.05.021
14. Olivo M, Valenza F, Buccellato A, et al. Transcatheter arterial chemoembolisation for hepatocellular carcinoma in cirrhosis: survival rate and prognostic factors. *Dig Liver Dis Off J Ital Soc Gastroenterol Ital Assoc Study Liver.* 2010;42(7):515-519. doi:10.1016/j.dld.2009.09.012

15. Elkadeem M. Transarterial chemoembolization in patients with hepatocellular carcinoma: study of different outcomes and their predictive factors. *Liver Res Disord Ther.* 2018;4(4). doi:10.15406/jlrtdt.2018.04.00120
  16. George B, Devadas K, S, et al. Post Tace Hepatocellular Carcinoma Response Assessment by Modified Recist and Short Term Post Tace Survival. *J Clin Gastroenterol Hepatol.* 2022;6(4):33-40. doi:10.36648/2575-7733.6.4.19
  17. Haywood N, Gennaro K, Obert J, et al. Does the Degree of Hepatocellular Carcinoma Tumor Necrosis following Transarterial Chemoembolization Impact Patient Survival? *J Oncol.* 2016;2016:e4692139. doi:10.1155/2016/4692139
- 

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá thời gian sống thêm bệnh nhân điều trị nút mạch hóa chất bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện Bạch Mai.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu phân tích hồi cứu trên các bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan điều trị nút mạch hóa chất từ tháng 7/2017 đến tháng 7/2020 tại Trung tâm Điện quang - Bệnh viện Bạch Mai.

**Kết quả:** Hồi cứu trên 70 bệnh nhân gồm 64 nam (92,9%) và 6 nữ (7,1%) đã được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào gan với độ tuổi trung bình  $61,5 \pm 11,34$  tuổi (từ 32 tuổi đến 83 tuổi). Số lần điều trị trung bình là  $4,5 \pm 0,4$  lần (1-16 lần). Thời gian sống thêm không tiến triển ước tính sau TACE lần đầu và thời gian sống thêm toàn bộ ước tính lần lượt là  $29,7 \pm 3,3$  tháng,  $43,3 \pm 2,5$  tháng. Thời gian sống thêm tích lũy tại thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm và 5 năm tương ứng là 91,4%, 77,1%, 63,7% và 29,4%. Các bệnh nhân được điều trị cTACE chiếm 67,1% và Deb-TACE chiếm 32,9%. Tỷ lệ kết quả đáp ứng khối u theo mRECIST sau TACE lần đầu với các mức độ đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, bệnh ổn định và bệnh tiến triển lần lượt là 30,0%, 55,7%, 4,3%, 10,0%. Thời gian sống thêm trung bình ước tính ở nhóm đáp ứng và không đáp ứng theo mRECIST sau TACE lần đầu lần lượt là  $47,8 \pm 2,3$  tháng và  $12,2 \pm 2,7$  tháng ( $p = 0,001$ ). Đáp ứng điều trị mRECIST dự báo sống thêm của bệnh nhân trên phân tích đơn biến (HR = 15,13,  $p = 0,000$ ). Đáp ứng điều trị mRECIST là yếu tố tiên lượng sống thêm độc lập ( $p = 0,001$ )

**Kết luận:** TACE là phương pháp điều trị có hiệu quả tốt, kéo dài thời gian sống thêm của bệnh, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có đáp ứng điều trị. Vì vậy, đáp ứng điều trị theo mRECIST sau TACE là mục tiêu cần đạt được để kéo dài thời gian sống thêm.

**Từ khóa:** Nút hóa chất động mạch gan, thời gian sống thêm không tiến triển, thời gian sống thêm toàn bộ.

---

Người liên hệ: Lê Doãn Trí, Email: doantri911@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/9/2022. Ngày gửi thẩm định: 11/9/2022. Ngày chấp nhận đăng: 30/9/2022