

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN GIAI ĐOẠN
TIẾN TRIỂN BẰNG TRUYỀN HÓA CHẤT ĐỘNG MẠCH GAN
TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Vũ Văn Đăng¹, Phạm Hồng Đức^{1,3}, Thân Văn Sỹ², Lê Thanh Dũng^{2*}

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng truyền hóa chất động mạch gan dưới da (hepatic arterial infusion chemotherapy - HAIC) có buồng truyền ở bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tế bào gan (hepatocellular carcinoma - HCC) giai đoạn tiến triển. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu, mô tả trên 21 BN được chẩn đoán HCC tiến triển tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2023 - 2025. Theo dõi các chỉ số lâm sàng, kích thước khối u, nồng độ AFP và đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn mRECIST. **Kết quả:** Kích thước khối u giảm dần trong 3 tháng đầu sau điều trị, với tỷ lệ u < 6cm tăng từ 42,9% lên 50% và kích thước trung bình giảm từ 73,4mm xuống 61,4mm. Nồng độ AFP cũng giảm, tỷ lệ BN có AFP < 20 ng/mL tăng từ 38,1% lên 60%, phản ánh đáp ứng sinh học thuận lợi. Theo tiêu chuẩn mRECIST, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (CR) tăng từ 10% lên 28,6%, trong khi đáp ứng một phần (PR) giảm từ 45% xuống 28,6%; bệnh ổn định (SD) ổn định và bệnh tiến triển (PD) giảm nhẹ, cho thấy kiểm soát bệnh tốt trong giai đoạn đầu. Xu hướng này tiếp tục duy trì ở nhóm BN theo dõi 6 tháng. **Kết luận:** Phác đồ truyền hóa chất động mạch gan cho thấy hiệu quả trong việc làm giảm kích thước khối u, cải thiện chỉ số AFP và đạt tỷ lệ đáp ứng điều trị khả quan ở BN HCC giai đoạn tiến triển.

Từ khoá: Ung thư biểu mô tế bào gan; Truyền hoá chất động mạch gan; Giai đoạn tiến triển.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

*Tác giả liên hệ: Lê Thanh Dũng (drdung74@gmail.com)

Ngày nhận bài: 21/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 23/10/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i9.1667>

TREATMENT OUTCOMES OF ADVANCED HEPATOCELLULAR CARCINOMA WITH HEPATIC ARTERIAL INFUSION CHEMOTHERAPY AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Abstract

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate treatment outcomes of hepatic arterial infusion chemotherapy with an implantable port system (HAIC) in patients with advanced hepatocellular carcinoma (HCC). **Methods:** A retrospective, prospective, descriptive study was conducted on 21 patients diagnosed with advanced HCC at Viet Duc University Hospital from 2023 to 2025. Clinical parameters, tumor size, alpha-fetoprotein (AFP) levels, and treatment response according to modified RECIST (mRECIST) criteria were assessed. **Results:** Tumor size progressively decreased during the first three months after treatment, with the proportion of tumors < 6cm increasing from 42.9% to 50% and the mean diameter decreasing from 73.4mm to 61.4mm. Serum AFP levels also declined, with patients having AFP < 20 ng/mL rising from 38.1% to 60%, indicating a favorable biological response. According to mRECIST criteria, complete response (CR) rates increased from 10% to 28.6%, while partial response (PR) decreased from 45% to 28.6%; stable disease (SD) remained around 28 - 30%, and progressive disease (PD) slightly decreased, reflecting good early disease control. This trend was maintained in the patients followed up to six months. **Conclusion:** HAIC demonstrated efficacy in reducing tumor size, improving AFP levels, and achieving favorable treatment response rates in patients with advanced HCC.

Keywords: Hepatocellular carcinoma; Hepatic arterial infusion chemotherapy; Advanced stage.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất, có tỷ lệ tử vong cao trên toàn thế giới. Theo số liệu GLOBOCAN 2022, phần lớn ca bệnh xuất hiện trên nền xơ gan, nguyên nhân thường gặp nhất ở khu vực châu Á là viêm gan B [1]. Bệnh

thường tiến triển âm thầm trên nền viêm gan mạn tính và chỉ được phát hiện khi đã ở giai đoạn muộn. Trong những năm gần đây, sự phát triển của thuốc điều trị toàn thân đã giúp tăng thời gian sống thêm cho BN. Tuy nhiên, nhược điểm là chi phí điều trị cao và độ an toàn hạn chế ở những BN xơ gan Child-Pugh B.

Bên cạnh đó, HAIC đang nổi lên như phương pháp tiềm năng, cho phép đưa thuốc trực tiếp vào khối u, hạn chế tác dụng phụ toàn thân, mang lại kết quả khả quan về kiểm soát bệnh và kéo dài thời gian sống thêm [2]. Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu: (1) *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm BN HCC giai đoạn tiến triển được điều trị bằng HAIC tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*; (2) *Đánh giá kết quả điều trị HCC giai đoạn tiến triển bằng HAIC ở nhóm BN trên.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 21 BN được chẩn đoán HCC giai đoạn tiến triển tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2023 - 2025.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN ≥ 18 tuổi được chẩn đoán HCC giai đoạn tiến triển hoặc không đáp ứng với các phương pháp điều trị khác; chức năng gan còn bù (Child-Pugh A-B); chức năng tạo máu ổn định: Bạch cầu > 3 G/L, bạch cầu trung tính $> 1,5$ G/L, tiểu cầu > 70 G/L; chỉ số toàn trạng ECOG PS từ 0 - 1; không mắc bệnh lý mạn tính nặng, có nguy cơ tử vong < 3 tháng; BN và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN đang điều trị chống đông (Heparin, AVK) hoặc

thuốc chống kết tập tiểu cầu (aspirin, clopidogrel) mà không thể ngừng theo quy định.

* *Thời gian và địa điểm nghiên cứu*: Từ tháng 11/2023 - 7/2025 tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu mô tả đoàn hệ, kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

* *Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu*: 21 BN, chọn mẫu thuận tiện.

* *Biến số nghiên cứu*:

Thông tin lâm sàng: Tuổi, giới tính và yếu tố nguy cơ (HBV, HCV, nghiện rượu).

Cận lâm sàng: Xét nghiệm máu (AFP), chẩn đoán hình ảnh (theo mRECIST) trước và sau điều trị 1, 3, 6 tháng.

Kỹ thuật can thiệp: Tuần hoàn phụ tắc bằng coil, số coil sử dụng.

Kết quả điều trị: Đánh giá đáp ứng hình ảnh theo mRECIST và xét nghiệm AFP.

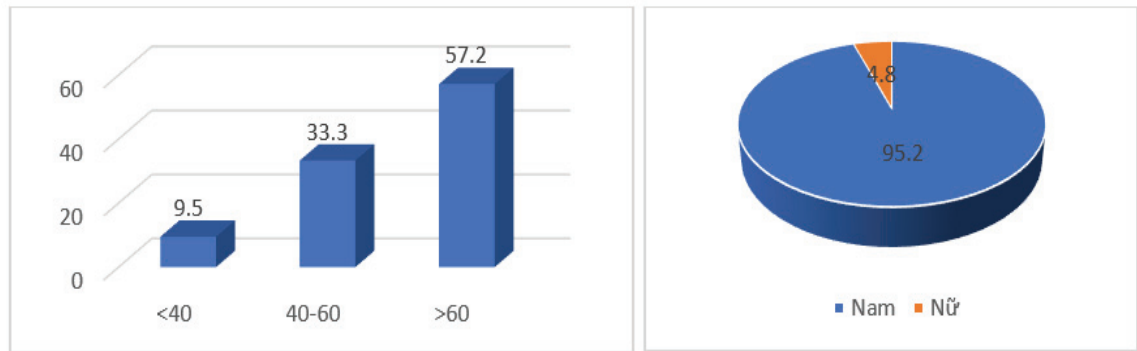
* *Phương pháp thu thập số liệu*: Từ hồ sơ bệnh án, kết quả xét nghiệm, phim chẩn đoán hình ảnh, báo cáo thủ thuật và phác đồ điều trị truyền hóa chất (cisplatin kết hợp 5-fluorouracil truyền liên tục trong 3 ngày, chu kỳ lặp lại mỗi 2 - 4 tuần).

* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm Stata 14. Các biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Các biến định tính trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ quy định đạo đức về y sinh của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Phân bố theo tuổi.

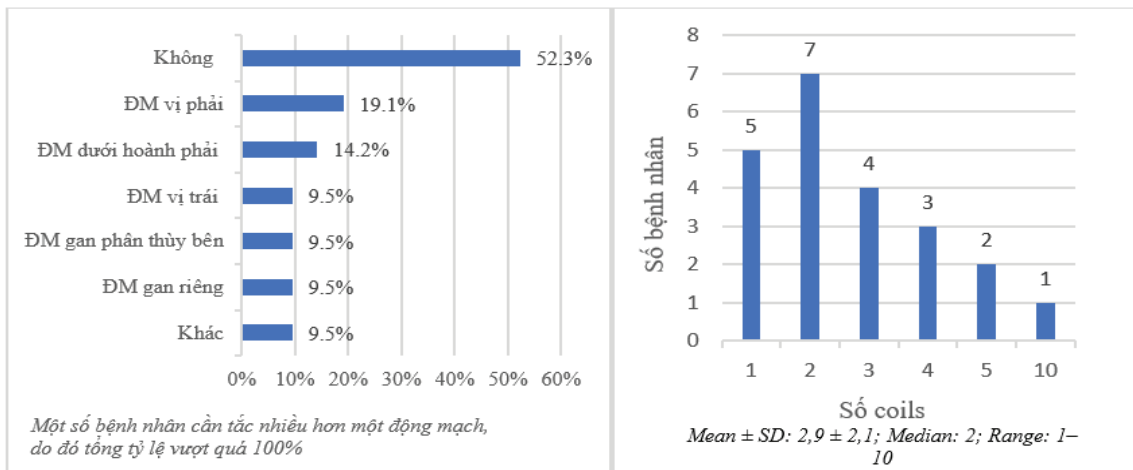
Biểu đồ 2. Phân bố theo giới tính.

Nhóm tuổi từ > 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (57,2%). Đa số BN là nam giới (95,2%) trong khi đó, nữ giới chỉ chiếm 4,8%.

Bảng 1. Tỷ lệ các nhóm yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu.

Yếu tố nguy cơ	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm gan B	19	90,4
Viêm gan C	1	4,8
Nghiện rượu	1	4,8

Yếu tố nguy cơ cao nhất là viêm gan B (90,4%). Viêm gan C và nghiện rượu bằng nhau (4,8%).



Biểu đồ 3. Tuần hoàn phụ được tắc bằng coil. **Biểu đồ 4.** Số coil sử dụng.

Trong nghiên cứu, có 52,3% BN không cần tắc mạch phụ, trong khi gần 50% phải tắc thêm một hoặc nhiều nhánh, thường gặp nhất là động mạch vị phải (19,1%) và động mạch dưới hoành phải (14,2%). Số coil sử dụng dao động từ 1 - 10, trung bình $2,9 \pm 2,1$, phổ biến nhất là 2 - 3 coil/BN.

Bảng 2. Thay đổi về kích thước u.

Kích thước	Trước ĐT		Sau 1 tháng		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	n = 21	%	n = 21	%	n = 14	%	n = 4	%
< 6cm	9	42,9	11	52,4	7	50	3	75
$\geq$ 6cm	12	57,1	10	47,6	7	50	1	25
TB (SD)	73,4 (37,3)		68,7 (39,3)		61,4 (38,3)		37,2 (26,0)	

(ĐT: Điều trị; TB: Trung bình)

Kích thước khối u có xu hướng giảm dần trong 3 tháng đầu sau điều trị. Tỷ lệ khối u < 6cm tăng từ 42,9% trước điều trị lên 50% sau 3 tháng, trong khi tỷ lệ u $\geq$ 6cm giảm từ 57,1% xuống còn 50%. Kích thước trung bình của khối u giảm từ 73,4mm xuống 61,4mm. Số lượng BN giảm từ 21 còn 14 trường hợp tại mốc 3 tháng, do có 1 BN được ghép gan, 2 BN ngừng điều trị do đáp ứng kém, các trường hợp còn lại tiếp tục được điều trị. Nhóm 4 BN được đánh giá sau 6 tháng vẫn ghi nhận xu hướng thu nhỏ khối u và tiếp tục được duy trì điều trị.

Bảng 3. Đánh giá đáp ứng điều trị theo AFP.

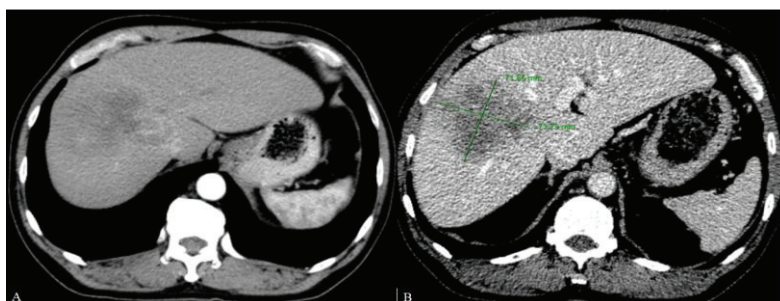
AFP (ng/mL)	Trước ĐT		Sau 1 tháng		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	n = 21	%	n = 21	%	n = 15	%	n = 4	%
< 20	8	38,1	10	47,6	9	60	3	75
20 - 400	8	38,1	6	28,6	3	20	1	25
> 400	5	23,8	5	23,8	3	20	0	0
Trung bình (SD)	8.907,4 (38479,2)		7.148,2 (30488,3)		4.717,8 (16794,6)		59,8 (109,6)	

Nồng độ AFP huyết thanh cũng giảm trong 3 tháng đầu sau điều trị. Tỷ lệ BN có AFP < 20 ng/mL tăng từ 38,1% trước điều trị lên 60% sau 3 tháng, trong khi các nhóm có AFP 20 - 400 ng/mL và > 400 ng/mL đều giảm (lần lượt từ 38,1% xuống 20% và từ 23,8% xuống 20%), cho thấy đáp ứng sinh học thuận lợi. Nhóm BN được theo dõi đến 6 tháng, các kết quả ghi nhận cho thấy nồng độ AFP tiếp tục giảm.

Bảng 4. Đánh giá đáp ứng theo mRECIST.

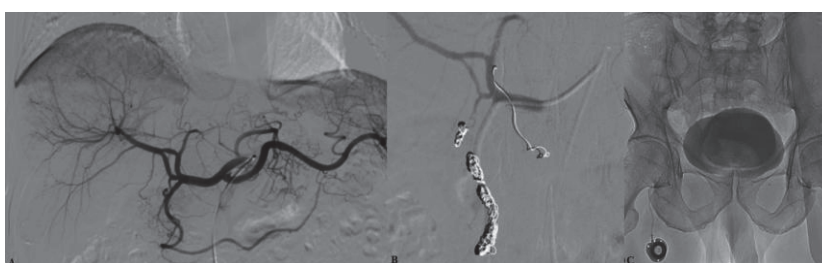
Đáp ứng	Sau 1 tháng		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	n = 21	%	n = 14	%	n = 4	%
CR	2	10	4	28,6	1	25
PR	9	45	4	28,6	1	25
SD	6	30	4	28,6	1	25
PD	3	15	2	14,2	1	25
Tổng	21	100	14	100	4	100

Theo tiêu chuẩn mRECIST, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (CR) tăng từ 10% sau 1 tháng lên 28,6% sau 3 tháng, trong khi đáp ứng một phần (PR) giảm từ 45% xuống 28,6%, phản ánh sự chuyển dịch một phần từ PR sang CR theo thời gian. Tỷ lệ bệnh ổn định (SD) dao động quanh mức 28 - 30%, còn bệnh tiến triển (PD) giảm nhẹ từ 15% xuống 14,2%, cho thấy xu hướng kiểm soát bệnh tương đối tốt trong giai đoạn đầu. Nhóm 4 BN sau 6 tháng ghi nhận tỷ lệ CR và PR duy trì ở mức tương tự.

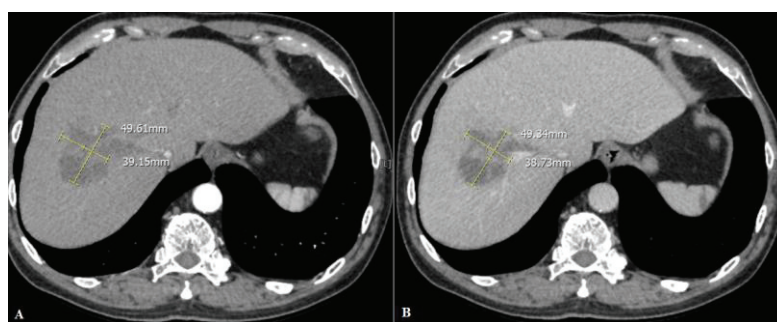


(A: Thì động mạch; B: Thì tĩnh mạch)

Hình 1. Hình ảnh CLVT trước can thiệp thấy khối u gan phải xâm lấn nhánh tĩnh mạch cửa phân thùy VII (Vp2).



Hình 2. A: Giải phẫu động mạch gan; B: Cố định sonde truyền vào động mạch vị tá tràng bằng coil; C: Đặt cổng truyền hóa chất dưới da.



(A: Thì động mạch; B: Thì tĩnh mạch)

Hình 3. Sau 6 tuần điều trị HAIC thấy giảm kích thước khối u (PR theo mRECIST)

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, phần lớn BN tập trung ở nhóm tuổi > 60 (57,2%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ của HCC tại các quốc gia có tỷ lệ viêm gan B cao, nơi nhiễm virus thường xảy ra sớm. Về giới

tính, đa số BN là nam (95,2%), phản ánh xu hướng toàn cầu, có thể do sự khác biệt miễn dịch giữa hai giới, cũng như ảnh hưởng của thói quen rượu bia và thuốc lá [3]. Về yếu tố nguy cơ, viêm gan B chiếm 90,4%, trong khi viêm gan

C và rượu chỉ chiếm 4,8%, phù hợp với đặc điểm dịch tễ học tại Việt Nam, nơi viêm gan B vẫn là nguyên nhân chính của HCC [4].

Trong quá trình can thiệp, 52,3% BN không cần tắc mạch phụ, trong khi gần một nửa phải tắc thêm một hoặc nhiều nhánh, chủ yếu là động mạch vị phải và dưới hoành phải. Kết quả này phản ánh sự đa dạng giải phẫu mạch gan và sự hình thành tuần hoàn bàng hệ trong HCC giai đoạn tiến triển. Tắc các nhánh ngoài gan giúp tập trung thuốc vào khối u, hạn chế thoát thuốc và tăng hiệu quả điều trị (bằng phương pháp HAIC). Số lượng coil sử dụng dao động từ 1 - 10, trung bình là $2,9 \pm 2,1$, phổ biến nhất là 2 - 3 coil mỗi BN. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ueshima (2022), ghi nhận tỷ lệ tắc mạch bằng coil ở khoảng 40 - 60%, với số coil trung bình là 2 - 3, cho thấy việc sử dụng số coil hợp lý giúp đạt hiệu quả tắc mạch tối ưu, đồng thời hạn chế chi phí can thiệp [5].

Kích thước khối u giảm rõ rệt trong 3 tháng đầu sau điều trị. Tỷ lệ khối u < 6cm tăng từ 42,9% lên 50%, trong khi u ≥ 6 cm giảm từ 57,1% xuống 50%. Kích thước trung bình giảm từ 73,4mm trước điều trị còn 61,4mm sau 3 tháng, phản ánh đáp ứng hình ảnh học tích cực. Số lượng BN giảm dần qua các mốc do thay đổi phương án điều trị: 1 trường hợp ghép gan, 2 BN ngừng điều trị do đáp ứng kém, các trường hợp còn lại tiếp tục theo dõi. Nhóm BN được đánh giá sau

6 tháng có số lượng hạn chế, song vẫn ghi nhận xu hướng tiếp tục giảm kích thước u. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế cho thấy HAIC giúp cải thiện kiểm soát u và kéo dài thời gian sống thêm ở BN HCC tiến triển [6].

Nồng độ AFP huyết thanh cũng giảm đáng kể trong 3 tháng đầu sau điều trị. Tỷ lệ BN có AFP < 20 ng/mL tăng từ 38,1% lên 60% sau 3 tháng, trong khi các nhóm 20 - 400 ng/mL và > 400 ng/mL đều giảm. Nồng độ AFP trung bình giảm từ 8.907 ng/mL xuống 4.717 ng/mL sau 3 tháng, thể hiện đáp ứng sinh học thuận lợi, phù hợp với xu hướng cải thiện trên hình ảnh học. Ở nhóm BN được theo dõi 6 tháng, nồng độ AFP tiếp tục giảm sâu, củng cố hiệu quả điều trị lâu dài của HAIC. Nhiều nghiên cứu cho thấy AFP giảm có mối tương quan chặt chẽ với tiên lượng sống còn tốt hơn; BN có AFP giảm > 50% sau tắc động mạch bằng hóa chất (transarterial chemoembolization - TACE) thường có thời gian sống trung vị dài hơn [7], trong khi AFP ≥ 200 ng/mL sau điều trị liên quan đến tiên lượng xấu hơn [8].

Theo mRECIST, tỷ lệ đáp ứng CR tăng từ 10% sau 1 tháng lên 28,6% sau 3 tháng, trong khi đáp ứng PR giảm từ 45% xuống 28,6%, cho thấy sự chuyển dịch một phần từ PR sang CR theo thời gian. Tỷ lệ SD dao động khoảng 28 - 30%, trong khi PD giảm nhẹ từ 15% xuống 14,2%, phản ánh khả năng kiểm soát bệnh tương đối tốt trong giai đoạn

đầu. Nhóm BN được theo dõi đến 6 tháng có số lượng hạn chế, nhưng tỷ lệ CR và PR vẫn được duy trì, cho thấy hiệu quả điều trị được bảo tồn. So với nghiên cứu của Li Y và CS (2024) trên 35 BN điều trị HAIC, tỷ lệ CR chỉ đạt 0,9% và PR 23,1% [9]. Kết quả cao hơn trong nghiên cứu chúng tôi có thể liên quan đến sự khác biệt về phác đồ thuốc, đặc điểm quần thể BN và cỡ mẫu. Một số nghiên cứu khác trên TACE cũng chứng minh mRECIST có giá trị dự báo tốt hơn về đáp ứng và tiên lượng sống còn, hỗ trợ việc áp dụng tiêu chuẩn này trong đánh giá hiệu quả điều trị HAIC [10].

KẾT LUẬN

Truyền hóa chất động mạch gan cho BN HCC giai đoạn tiến triển tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho thấy hiệu quả rõ rệt: Kích thước u giảm, AFP hạ đáng kể, đáp ứng theo mRECIST đạt mức khả quan. Kết quả tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế, tuy thấp hơn một số báo cáo lớn do BN nhập viện muộn, kích thước u lớn và chức năng gan kém. Phương pháp này được khẳng định là lựa chọn khả thi trong kiểm soát bệnh HCC tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates. *CA Cancer J Clin*. 2024; 74(3):229-263.
2. Song MJ. Hepatic artery infusion chemotherapy for advanced hepatocellular carcinoma. *World J Gastroenterol*. 2015; 21(13):3843-3851.
3. Llovet JM, Kelley RK, Villanueva A, et al. Hepatocellular carcinoma. *Nat Rev Dis Primers*. 2021; 7(1):6.
4. Pocha C, Xie C. Hepatocellular carcinoma in alcoholic and non-alcoholic fatty liver disease. *Transl Gastroenterol Hepatol*. 2019; 4:72.
5. Ueshima K, et al. Role of coil embolization before hepatic arterial infusion chemotherapy for advanced hepatocellular carcinoma. *J Gastroenterol Hepatol*. 2022; 37(4):702-709.
6. Xu W, Liu K, Zhang H, et al. Hepatic arterial infusion chemotherapy for advanced hepatocellular carcinoma: A phase II study. *Clin Transl Med*. 2025; 15(2):e1567.
7. Tian M, Zhang X, Huang G, et al. Alpha-fetoprotein assessment after transarterial chemoembolization. *Abdom Radiol (NY)*. 2019; 44(10):3304-3311.
8. Mishra G, Dev A, Paul E, et al. Prognostic role of alpha-fetoprotein in hepatocellular carcinoma treated with repeat TACE. *BMC Cancer*. 2020; 20(1):483.
9. Li Y, Wang J, Li D, et al. Safety and efficacy of HAIC with raltitrexed and oxaliplatin for advanced HCC. *Cancer Med*. 2024; 13(1):e6836.
10. Lee JS, Choi HJ, Kim BK, et al. mRECIST vs RECIST 1.1 in HCC treated with TARE. *Gut Liver*. 2020; 14(6):765-776.