

32,4%, 2 liều 67.4% [7]. Kết quả điều trị tỷ lệ bệnh nhân khỏi hoàn toàn chiếm 96,5%, tỷ lệ di chứng 3,5 % không có trường hợp tử vong. Trong 3,5% bệnh nhân di chứng, di chứng chỉ có liệt mềm, yếu chi. Không có các di chứng khác. Tỷ lệ hồi phục sau 1 đến 2 tháng theo dõi tương đương với kết quả nghiên cứu Eben Jones (2018), Kevin Mesacar, et al[8].

V. KẾT LUẬN

Bệnh tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm thường gặp ở trẻ nhỏ, dễ bùng phát thành dịch. Bệnh thường nhẹ, biểu hiện bằng sốt, loét miệng và phỏng nước ở tay chân. Tuy nhiên, cần nhập viện theo dõi khi có dấu hiệu biến chứng thần kinh hoặc tim mạch. Do tỉ lệ phát hiện EV71 thấp (khoảng 8,8%), chẩn đoán vẫn chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng. Phát hiện, chẩn đoán, can thiệp điều trị sớm làm giảm các biến chứng và tỷ lệ tử vong Bệnh tay chân miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2024). Quyết định về việc ban hành hướng dẫn, chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân

miệng, Quyết định số 292/QĐ-BYT.

2. Nguyễn Thị Mai Phương và cộng sự. (2024). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tay chân miệng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2023. 03(47), 40–46.
3. Nguyễn Kim Thư (2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên virus gây bệnh tay chân miệng tại Việt Nam. Luận án tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội.
4. Shah V.A., Chong C.Y. C.K.P. et al. (2003). Acta Pediatr. Clin Charact outbreak hand, foot mouth Dis Singapore, 32(3), 381-387
5. Wang S., Liu C.C. T.H.W. et al. (1999). CID. Clin Spectr Enterovirus 71 Infect Child South Taiwan, with an Emphas Neurol Complicat, 29, 184-190.
6. Nguyễn Văn Lâm và Nguyễn Phương Hạnh. (2022). Các tuýp huyết thanh của Enterovirus gây bệnh tay chân miệng tại Bệnh viện Nhi Trung ương. 152(2013).
7. Nguyễn Minh Tiến và cộng sự. (2024). Điều trị bệnh tay chân miệng biến chứng nặng. 03(47), 32–39.
8. Jones E., Pillay T.D., Liu F. et al. (2018). Outcomes following severe hand foot and mouth disease: A systematic review and meta-analysis. Eur J Paediatr Neurol, 22(5), 763–773.

TẮC MẠCH HÓA CHẤT SIÊU CHỌN LỌC SỬ DỤNG HẠT VI CẦU TẢI THUỐC DC BEAD M1 TRONG ĐIỀU TRỊ TIỀN PHẪU UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN GIAI ĐOẠN SỚM: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Nguyễn Văn Mạnh¹, Nguyễn Tiến Thịnh¹, Trần Tùng Lâm¹,
Đinh Trường Giang¹, Trần Thị Ánh Tuyết¹, Nguyễn Thị Huyền Trang¹,
Mai Thanh Bình¹, Nguyễn Hải Hà¹, Nguyễn Thị Huế¹, Hoàng Nghĩa Quốc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của kỹ thuật tắc mạch hóa chất siêu chọn lọc sử dụng hạt vi cầu DC Bead M1 trong kiểm soát trước mổ các trường hợp ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) giai đoạn sớm có nguy cơ tái phát cao, nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị triệt căn. **Phương pháp:** Báo cáo một trường hợp lâm sàng, bệnh nhân nữ 50 tuổi, tiền sử viêm gan virus B mạn được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) giai đoạn sớm, với khối u giàu mạch máu và chỉ điểm sinh học tăng cao (AFP >1660 UI/ml, PIVKA-II = 2831 mAU/ml). Bệnh nhân được điều trị tắc mạch hóa chất sử dụng hạt vi cầu tải thuốc (DEB-TACE) siêu chọn lọc bằng hạt vi cầu DC Bead M1 tải Doxorubicin. Sau 1 tháng, bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan triệt căn và theo dõi đến thời điểm hiện tại

trong vòng 6 tháng. **Kết quả:** Sau DEB-TACE siêu chọn lọc, khối u hoại tử hoàn toàn trên hình ảnh học, nồng độ AFP và PIVKA-II giảm rõ rệt. Mô bệnh học sau phẫu thuật xác nhận hoại tử hoàn toàn không còn tế bào ác tính. Sau 6 tháng theo dõi, bệnh nhân không ghi nhận tái phát, chức năng gan được bảo tồn. **Kết luận:** DEB-TACE siêu chọn lọc có thể là chiến lược hiệu quả trong kiểm soát trước mổ các trường hợp UTBMTBG giai đoạn sớm có yếu tố nguy cơ tái phát cao, góp phần nâng cao tỷ lệ điều trị triệt căn và cải thiện tiên lượng ngắn hạn. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, tắc mạch hoá chất gan siêu chọn lọc

SUMMARY

SUPERSELECTIVE TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION USING DRUG ELUTING BEAD DC BEAD M1 FOR PREOPERATIVE TREATMENT OF EARLY-STAGE HEPATOCELLULAR CARCINOMA:

A CASE REPORT

Objective: To evaluate the role of superselective transarterial chemoembolization (TACE) in the initial management of early-stage hepatocellular carcinoma

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Mạnh

Email: manhnghuyenq@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 30.7.2025

(HCC) with high risk of postoperative recurrence, aiming to optimize curative treatment outcomes.

Methods: We report a clinical case of a 50-year-old female with a history of chronic hepatitis B, diagnosed with early-stage HCC characterized by a hypervascular tumor and markedly elevated tumor markers (AFP >1660 IU/mL, PIVKA-II = 2831 mAU/mL). The patient underwent superselective drug-eluting bead TACE (DEB-TACE) using DC Bead M1 loaded with doxorubicin. One month later, she underwent curative liver resection and was followed for 9 months postoperatively. **Results:** Post DEB-TACE imaging demonstrated complete tumor necrosis, with a significant reduction in AFP and PIVKA-II levels. Histopathological examination confirmed total tumor necrosis with no viable malignant cells. At 9-month follow-up, no recurrence was observed and liver function remained preserved. **Conclusion:** Superselective DEB-TACE may be an effective preoperative strategy in early-stage HCC patients with high-risk features for recurrence, contributing to improved curative resection rates and short-term prognosis. **Keywords:** Hepatocellular carcinoma, superselective transarterial chemoembolization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

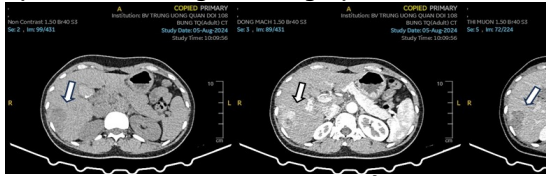
Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một trong những loại ung thư phổ biến nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư tại Việt Nam cũng như trên toàn thế giới [1]. Với những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, phẫu thuật cắt gan vẫn là phương pháp triệt căn được khuyến cáo hàng đầu cho bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn sớm theo Hệ thống phân loại ung thư gan lâm sàng Barcelona cập nhật năm 2022 (BCLC 2022). Tuy nhiên, nhiều bằng chứng cho thấy một số bệnh nhân dù ở giai đoạn sớm vẫn có nguy cơ tái phát cao sau phẫu thuật, đặc biệt khi có chỉ điểm sinh học tăng mạnh (như AFP, PIVKA-II) hoặc khối u giàu mạch máu trên hình ảnh học [2]. Trong bối cảnh đó, các chiến lược điều trị hỗ trợ tiền phẫu đang được quan tâm, trong đó tắc mạch hóa chất (TACE) đóng vai trò như một liệu pháp cầu nối, góp phần giảm gánh nặng khối u và nguy cơ vi di căn trước phẫu thuật. Đặc biệt, kỹ thuật TACE siêu chọn lọc sử dụng hạt vi cầu DC Bead M1 (70–150 μ m) cho phép đưa hóa chất trực tiếp đến các nhánh động mạch nuôi u nhỏ nhất, tối ưu hóa hiệu quả hoại tử khối u và bảo tồn chức năng gan [3]. Tuy vậy, hiện vẫn còn thiếu các nghiên cứu hệ thống đánh giá vai trò của DEB-TACE siêu chọn lọc trong kiểm soát tiền phẫu ở nhóm bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn sớm nhưng có yếu tố tiên lượng xấu. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày một trường hợp lâm sàng tiêu biểu nhằm làm rõ hiệu quả của chiến lược DEB-TACE siêu chọn lọc trước phẫu thuật trong điều trị UTBMTBG giai đoạn sớm có nguy

cơ tái phát cao.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

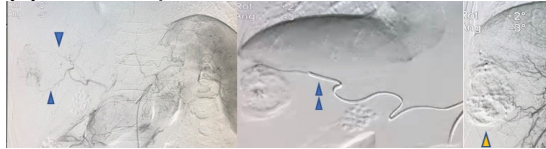
Bệnh nhân nữ 50 tuổi, tiền sử viêm gan virus B mạn tính, nhập viện Khoa Gan mật tụy, Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108 ngày 05/08/2024 vì đau tức hạ sườn phải. Chụp CT Scan ổ bụng có tiêm thuốc cản quang cho thấy khối u gan kích thước 4,3x4,5cm tăng sinh mạch điển hình, khu trú tại phân thùy VI gan phải, sát vỏ gan, không thấy khối vệt tinh hay xâm lấn mạch, hệ thống tĩnh mạch cửa bình thường trên nền xơ gan (Hình 1). Nồng độ AFP > 1660 UI/mL, PIVKA-II: 2831 mAU/mL. Hội chẩn Tiểu ban ung thư đa chuyên khoa (MDT) chẩn đoán xác định UTBMTBG giai đoạn sớm, tuy nhiên nguy cơ cao tái phát sớm sau phẫu thuật cắt gan (nồng độ marker AFP, PIVKA II tăng rất cao, khối u giàu mạch máu), quyết định điều trị TACE nhằm kiểm soát hoạt tính khối u trước phẫu thuật. Bệnh nhân được chụp mạch số hóa xóa nền để đánh giá hệ động mạch gan. Ghi nhận khối u tăng sinh mạch, được cấp máu bởi hai nhánh động mạch hạ phân thùy VI. Quyết định can thiệp tắc mạch hóa chất siêu chọn lọc bằng hạt vi cầu DC Bead M1 (75–150 μ m), với 75 mg Doxorubicin, sử dụng vi ống thông (catheter 2.7F, hãng Terumo) để tiếp cận chọn lọc nguồn nuôi và bơm hóa chất gây tắc hoàn toàn cả hai nhánh (Hình 2). Thời gian can thiệp 40 phút, không ghi nhận biến chứng trong và sau thủ thuật. Theo dõi, đánh giá sau 1 tháng, chụp CT Scan ổ bụng có tiêm thuốc cho thấy khối u hoại tử hoàn toàn, không còn tăng sinh mạch theo tiêu chuẩn mRECIST, kích thước còn lại 3,9 $\times$ 3,0 $\times$ 3,8 cm (Hình 3). Nồng độ AFP giảm còn 162,5 UI/mL và PIVKA-II còn 55,84 mAU/mL. Chức năng gan ổn định (Child-Pugh A5). Hội chẩn MDT lần hai chỉ định phẫu thuật cắt gan vì: (i) đáp ứng hoàn toàn về hình ảnh học sau TACE, không còn tăng sinh mạch; (ii) giảm hoạt tính sinh học khối u; (iii) khối u nằm sát vỏ Glisson, thuận lợi cho phẫu thuật cắt hạ phân thùy. Ngày 20/09/2024, bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt hạ phân thùy VI gan phải, quá trình hậu phẫu thuận lợi, xuất viện sau 6 ngày. Giải phẫu bệnh xác nhận khối u gan hoại tử hoàn toàn, không có vệt tinh (Hình 4). Tái khám sau 3 tháng, bệnh nhân khỏe mạnh, không ghi nhận tái phát. Xét nghiệm: AFP = 1,49 UI/mL; PIVKA-II = 7,9 mAU/mL; AST = 47,7 U/L; ALT = 32,3 U/L. Chức năng gan bảo tồn (Child-Pugh A5), hình ảnh học không phát hiện tổn thương tái phát (Hình 5). Tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, bệnh nhân được theo dõi ngoại trú định kỳ mỗi 3 tháng, ổn

định trên lâm sàng và xét nghiệm.



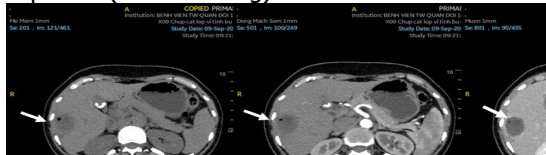
Hình 1: Hình ảnh CT Scan ổ bụng có cản quang: u gan kích thước 43x45mm ở phân thùy VI gan phải/ Xơ gan

(A) Thì không tiêm thuốc, (B) thì động mạch, (C) thì tĩnh mạch



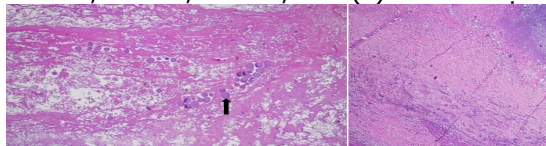
Hình 2: Hình ảnh DSA bản đồ mạch máu gan

(A) Hệ động mạch gan cho thấy khối u gan được cấp máu bởi 2 nhánh từ hạ phân thùy VI (mũi tên tam giác màu xanh). (B) Ống thông siêu chọn lọc vào từng nhánh nuôi u (2 mũi tên xanh). (C) Sau tắc mạch hoàn toàn cả 2 nhánh cấp máu (mũi tên vàng)



Hình 3: Hình ảnh CT Scan ổ bụng sau TACE 1 tháng, khối u gan hoại tử hoàn toàn

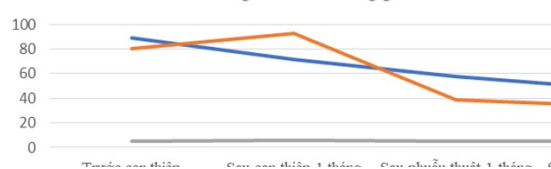
(A) Thì không tiêm thuốc. (B) Thì động mạch, khối u gan không tăng sinh mạch có kích thước 3,9cm x 3,0cm x 3,8cm. (C) Thì tĩnh mạch



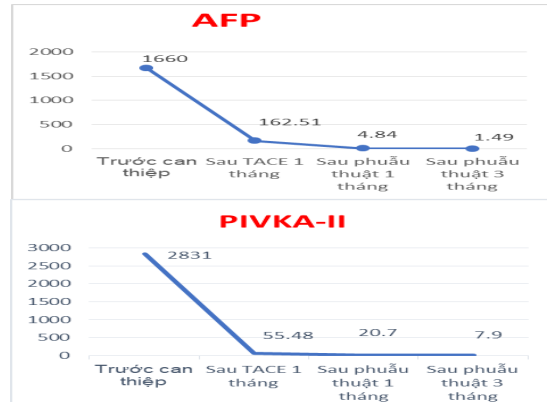
Hình 4: Mô bệnh học trên mẫu mô u cắt bỏ (nhuộm HE)

(A) Khối u hoại tử hoàn toàn, còn hạt DC Bead trong tổn thương (mũi tên màu đen). (B) Ranh giới giữa vùng hoại tử và mô gan lành, diện cắt không còn tế bào ung thư.

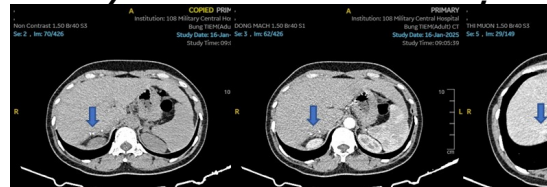
Biến đổi men gan và chức năng gan trước và sau can thiệp



Biểu đồ 1: Biểu đồ enzyme AST, ALT và điểm Child-Pugh trước và sau điều trị



Biểu đồ 2: Biểu đồ nồng độ AFP, PIVKA-II huyết thanh trước và sau điều trị



Hình 5: Hình ảnh CLVT ổ bụng sau phẫu thuật 3 tháng: Không thấy khối tái phát tại diện cắt (mũi tên xanh) trên cả 3 thì

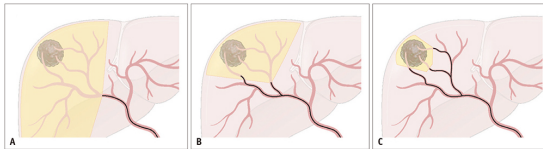
(A) Không tiêm thuốc. (B) Thì động mạch. (C) Thì tĩnh mạch.

III. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao trên toàn cầu. Mặc dù phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn ưu tiên cho bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn sớm theo phân loại BCLC, tuy nhiên, tỷ lệ tái phát sớm sau mổ vẫn còn cao, dao động từ 50 – 70 % trong vòng 5 năm đầu [4]. Các yếu tố được xác định là nguy cơ tái phát bao gồm: tồn tại các ổ vi di căn chưa được phát hiện tại thời điểm phẫu thuật, các đặc điểm sinh học bất lợi của khối u như nồng độ AFP, PIVKA-II tăng cao, khối u lớn hoặc đa ổ, tăng sinh mạch máu mạnh, xâm lấn vi mạch (MVI), phân độ mô học cao, và thường gặp trên nền gan xơ, giới tính nam. Một số hướng dẫn gần đây cũng khuyến cáo nên can thiệp kiểm soát hoạt tính sinh học phẫu thuật trước [4], [5], [6]. Trong trường hợp lâm sàng của chúng tôi, hội chẩn đa chuyên khoa ghi nhận bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ tái phát sớm, bao gồm: nồng độ AFP, PIVKA-II tăng rất cao (lần lượt 1660 UI/ml, 2831 mAU/ml), trên nền xơ gan do viêm gan B và hình ảnh giàu mạch máu trên CT scan. Trên cơ sở đó, nhóm chuyên môn quyết định can thiệp TACE trước nhằm làm giảm hoạt tính

sinh học khối u và bảo tồn chức năng gan, tạo điều kiện cho phẫu thuật triệt căn sau đó.

Theo hướng dẫn BCLC cập nhật năm 2022, TACE là phương pháp điều trị được khuyến cáo chủ yếu cho giai đoạn trung gian (BCLC B), với mục tiêu kiểm soát sự tiến triển của khối u, làm giảm kích thước và làm cầu nối cho điều trị triệt căn [7]. Tuy nhiên, nhiều dữ liệu gần đây cho thấy TACE cũng có thể hữu ích trong tiền phẫu cho các trường hợp BCLC A nguy cơ cao, giúp cải thiện đáp ứng sinh học và giảm tái phát sau mổ [8],[9]. Mặc dù vậy, TACE có thể làm tăng biểu hiện VEGF và HIF-1 α , thúc đẩy tân tạo mạch trong mô còn sót lại, cơ chế phản ứng bù trừ này có thể tạo điều kiện cho tái phát tại chỗ hoặc xa sau điều trị [4]. Do đó, việc tối ưu hóa kỹ thuật TACE là điều kiện then chốt, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ sinh học cao, vai trò của TACE tiền phẫu ở nhóm bệnh nhân giai đoạn sớm nguy cơ cao vẫn đang là chủ đề đang được nghiên cứu chuyên sâu [10]. TACE siêu chọn lọc là kỹ thuật cải tiến, cho phép đưa thuốc hóa trị trực tiếp đến các nhánh mạch nuôi u nhỏ nhất, thông qua catheter siêu nhỏ (1.5–2.0F) và hạt vi cầu DC Bead M1 (70–150 μ m). Phương pháp này giúp nâng cao nồng độ thuốc trong khối u, tăng hiệu quả hoại tử và giảm thiểu tổn thương gan lành và hội chứng sau tắc mạch. Khuyến cáo của Hiệp hội Ung thư gan Hàn Quốc nhấn mạnh rằng TACE nên được thực hiện ở mức độ chọn lọc tối đa có thể nhằm bảo tồn chức năng gan và kiểm soát tối ưu khối u. TACE siêu chọn lọc nên được thực hiện khi có thể đưa catheter đến ít nhất mức độ động mạch phân thùy hoặc xa hơn bằng cách sử dụng microcatheter cỡ nhỏ (1.5–2.0F), trong đó catheter 1.5–1.7F áp dụng cho cTACE và 1.8–2.0F cho DEB-TACE.



Hình 6. Mức độ chọn lọc trong TACE

A: TACE không chọn lọc tại động mạch gan phải. B: TACE siêu chọn lọc tại A7 và TACE ít chọn lọc hơn tại động mạch gan trước phải. C: TACE siêu chọn lọc tại mọi động mạch nuôi khối u

Nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả vượt trội của TACE siêu chọn lọc so với TACE không chọn lọc. Ngay từ năm 1993, Matsui và cộng sự thấy rằng TACE siêu chọn lọc đến phần ngoại vi của động mạch phân thùy có thể đạt hoại tử hoàn toàn mà vẫn bảo tồn được chức năng gan trong khoảng 2/3 trường hợp [13].

Một nghiên cứu đoàn hệ lớn tại Nhật Bản ($n = 4966$) bệnh nhân mắc UTBMTBG với các mẫu phân tích giải phẫu gan được phẫu thuật đã chứng minh rằng TACE siêu chọn lọc giúp cải thiện rõ rệt tỷ lệ sống còn và tỷ lệ hoại tử u so với TACE không chọn lọc ($p < 0,001$) [14].

Tuy nhiên, không phải trường hợp nào cũng phù hợp với TACE siêu chọn lọc. Hiệu quả cao nhất thường đạt được ở bệnh nhân có khối u đơn độc < 7 cm hoặc 2–5 nốt ≤ 5 cm. Đối với tổn thương vượt tiêu chuẩn “Up-to-seven”, việc lặp lại TACE không chọn lọc nhiều lần có thể có nguy cơ bị tổn thương gan và hiệu quả điều trị hạn chế [12]. Nghiên cứu của Aliberti và cộng sự (2017) sử dụng DEB-TACE siêu chọn lọc bằng DC Bead M1 cho thấy tỷ lệ đáp ứng cao (94,5% tại 3 tháng, 99,5% tại 6 tháng), thời gian sống trung vị 42 tháng và ít biến chứng. Tác giả nhấn mạnh vai trò của sử dụng catheter nhỏ phối hợp với hạt vi cầu nhỏ có thể giúp phân bố thuốc đồng đều, tăng hiệu quả hoại tử, giảm tổn thương gan lành và giảm hội chứng sau TACE [3]. Trong ca lâm sàng của chúng tôi, kích thước khối u xác định trên CT Scan 4,3x4,5 cm, đồng thời khi chụp động mạch gan dưới DSA, phân tích nguồn mạch máu cấp nuôi u, nhóm can thiệp quyết định ưu tiên can thiệp nhánh động mạch hạ phân thùy hoặc nhánh động mạch nuôi u bằng TACE siêu chọn lọc. Catheter 2.0F được đặt vào hai nhánh động mạch hạ phân thùy VI cấp máu cho u, sử dụng hạt vi cầu DC Bead M1 với kích thước nhỏ nhất để có thể tiếp cận giường mạch khối u, với tốc độ bơm thuốc chậm (2ml/phút) đảm bảo tránh trào ngược và thuốc đi vào khối u tối đa, khi quan sát thấy dòng lưu lượng máu chậm lại, không di chuyển nữa, quá trình bơm thuốc sẽ dừng lại. Sau can thiệp, bệnh nhân chỉ đau tức nhẹ vùng hạ sườn phải, không cần sử dụng thuốc giảm đau hỗ trợ. Sau 1 tháng, CT Scan ghi nhận hoại tử u hoàn toàn, không còn mạch máu nuôi u, AFP giảm còn 162,5 UI/ml, PIVKA-II giảm còn 55,8 mAU/ml, được đánh giá đạt đáp ứng hoàn toàn (CR) theo tiêu chuẩn mRECIST.

Tuy nhiên, cần nhấn mạnh rằng, đáp ứng hình ảnh hoàn toàn sau TACE chưa đủ cơ sở để loại trừ hoàn toàn khả năng tồn tại tế bào ung thư còn tồn tại. Nghiên cứu của Shi và cộng sự (2012) trên 52 bệnh nhân được TACE để hạ giai đoạn trước phẫu thuật cho thấy dù 5 bệnh nhân đạt đáp ứng hình ảnh hoàn toàn, 2 bệnh nhân vẫn có tế bào ung thư sống sót trên mô bệnh học. Hơn nữa, nhóm kết hợp TACE và phẫu thuật có tỷ lệ sống 5 năm tới 52%, cao hơn đáng

kể so với TACE đơn thuần (~20%) [15]. Điều này ủng hộ cách tiếp cận lâm sàng trong ca bệnh của chúng tôi, cho thấy sự cần thiết của điều trị kết hợp ở nhóm nguy cơ cao. Một điểm đáng lưu ý trong lựa chọn chiến lược điều trị là, chúng tôi dựa trên thực tế rằng khối u đã đạt hoại tử hoàn toàn về hình ảnh học và các chỉ điểm sinh học đã giảm rõ rệt. Mục tiêu là nhằm giảm xâm lấn và truyền máu trong phẫu thuật – một yếu tố liên quan đến tái phát sau phẫu thuật [4], hạn chế biến chứng và rút ngắn thời gian hồi phục hậu phẫu. Do đó, chúng tôi quyết định điều trị phẫu thuật nội soi cắt hạ phân thùy VI. Kết quả hậu phẫu thuận lợi, mô bệnh học ghi nhận khối u hoại tử hoàn toàn, diện cắt không còn tế bào ung thư, bệnh nhân hồi phục tốt, ra viện sau 6 ngày phẫu thuật. Theo dõi nồng độ AFP và PIVKA-II huyết thanh trở lại bình thường sau phẫu thuật 3 tháng và không có hình ảnh u tái phát trên hình ảnh. Hiện tại, sau 6 tháng điều trị, bệnh nhân đang được theo dõi, tái khám định kỳ mỗi 3 tháng cho thấy sự ổn định trên lâm sàng và xét nghiệm.

IV. KẾT LUẬN

DEB-TACE siêu chọn lọc là một phương pháp can thiệp có giá trị trong kiểm soát hoạt tính sinh học tiền phẫu ở bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn sớm có yếu tố tiên lượng xấu, tạo điều kiện cho phẫu thuật triệt căn ít xâm lấn, góp phần cải thiện tiên lượng ngắn và trung hạn. Ca lâm sàng của chúng tôi bước đầu chứng minh tiềm năng lâm sàng của phương pháp, đồng thời cần có những nghiên cứu có hệ thống để đánh giá toàn diện kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., et al. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN

- Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 71(3): 209-249.
2. Cai Y., Xie K., Adeeb Alhmod M. N., et al. (2023). Effect of PIVKA-II and AFP secretion status on early recurrence of hepatocellular carcinoma after open and laparoscopic surgery. Cancer Med, 12(17): 17866-17877.
3. Aliberti C., Carandina R., Lonardi S., et al. (2017). Transarterial Chemoembolization with Small Drug-Eluting Beads in Patients with Hepatocellular Carcinoma: Experience from a Cohort of 421 Patients at an Italian Center. J Vasc Interv Radiol, 28(11): 1495-1502.
4. Abdelhamed W., El-Kassas M. (2023). Hepatocellular carcinoma recurrence: Predictors and management. Liver Research, 7(4): 321-332.
5. Yasuda S., Matsuo Y., Doi S., et al. (2024). Preoperative predictors of very early recurrence in patients with hepatocellular carcinoma beyond the Milan criteria. Langenbecks Arch Surg, 409(1): 283.
6. Ma X. L., Zhu J., Wu J., et al. (2018). Significance of PIVKA-II levels for predicting microvascular invasion and tumor cell proliferation in Chinese patients with hepatitis B virus-associated hepatocellular carcinoma. Oncol Lett, 15(6): 8396-8404.
7. Reig M., Forner A., Rimola J., et al. (2022). BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: The 2022 update. J Hepatol, 76(3): 681-693.
8. Guo C., Zou X., Hong Z., et al. (2021). Preoperative transarterial chemoembolization for barcelona clinic liver cancer stage A/B hepatocellular carcinoma beyond the milan criteria: a propensity score matching analysis. HPB (Oxford), 23(9): 1427-1438.
9. Hsu K.-F., Chu C.-H., Chan D.-C., et al. (2012). Superselective transarterial chemoembolization vs hepatic resection for resectable early-stage hepatocellular carcinoma in patients with Child-Pugh class a liver function. European Journal of Radiology, 81(3): 466-471.
10. Yoon J. H., Choi S. K. (2023). Management of early-stage hepatocellular carcinoma: challenges and strategies for optimal outcomes. Journal of Liver Cancer, 23(2): 300-315.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA XẠ TRỊ ĐƠN THUẦN VÀ HÓA XẠ ĐỒNG THỜI TRÊN NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG

Phạm Huy Tấn¹, Dương Thế Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của xạ trị đơn thuần và hóa xạ đồng thời trên người bệnh ung

thư vòm mũi họng. **Đối tượng:** 119 người bệnh được chẩn đoán và điều trị UTMH tại Bệnh viện K Trung Ương và Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ năm 2013 đến 2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc, với các phác đồ điều trị bao gồm xạ trị đơn thuần và hóa xạ trị đồng thời sử dụng Cisplatin. **Kết quả:** Hóa xạ trị đồng thời là phương pháp điều trị phổ biến nhất (54,6%), trong đó hóa xạ trị đồng thời với cisplatin chiếm tỷ lệ cao nhất (32,8%), sau đó là hóa chất tân bổ trợ kết hợp với hóa xạ trị đồng thời – 13,4%, thấp nhất là hóa chất tân bổ trợ kết hợp với xạ trị – 8,4%; xạ trị đơn thuần chiếm tỷ lệ thấp hơn –

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Huy Tấn

Email: phamhuytan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025