

thuyên tắc phổi nguy cơ cao và trung bình cao. Mức độ cải thiện về lâm sàng, huyết động và tình trạng suy hô hấp, toan chuyển hóa diễn ra sớm, ngay sau khi dùng thuốc tiêu sợi huyết và tiếp tục cải thiện sau 24h theo dõi. Không có bệnh nhân chảy máu nặng trong khi dùng alteplase và không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân chảy máu, tỷ lệ bệnh nhân diễn biến nặng ở những mức liều alteplase nói trên trong thời gian nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Konstantinides S.V., Meyer G., Becattin C. et al.:** 2019 ESC Guideline for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European

Respiratory Society (ERS), The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology. Eur Heart J, 2020; 41: 543 – 603.

2. **Ata F., Ibrahim W. H., Choudry H. et al.:** Optimal management, prevalence, and clinical behavior of saddle pulmonary embolism: A systematic review and meta-analysis. Thromb Res, 2022; 217, 86-95.
3. **Thomson D., Kourounis G. et al.:** ECG in suspected pulmonary embolism. Postgrad Med J, 2019; 95 (1119), 12-17.
4. **Chen W., Yuanhua Y., Zhaozhong Ch. et al.:** Efficacy and Safety of Low Dose Recombinant Tissue-Type Plasminogen Activator for the Treatment of Acute Pulmonary Thromboembolism. A Randomized, Multicenter, Controlled Trial. Chest 2010; 137(2):254–262.

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG SỚM VÀ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG ĐÁP ỨNG KHỐI U CỦA PHƯƠNG PHÁP TẮC MẠCH HÓA CHẤT SIÊU CHỌN LỌC SỬ DỤNG HẠT VI CẦU DC BEAD M1 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Nguyễn Văn Mạnh¹, Nguyễn Tiến Thịnh¹, Trần Thị Ánh Tuyết¹,
Đinh Trường Giang¹, Trần Tùng Lâm¹,
Nguyễn Thị Huyền Trang¹, Phạm Văn Tuyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng sớm và xác định yếu tố tiên lượng đáp ứng khối u của phương pháp tắc mạch hóa chất siêu chọn lọc sử dụng hạt vi cầu DC Bead M1 điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu trên 35 bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn BCLC-A, Child-Pugh A, ECOG ≤ 2, điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6/2024 đến tháng 5/2025. Bệnh nhân được can thiệp TACE siêu chọn lọc với hạt DC Bead M1 (70–150µm) tải doxorubicin. Đánh giá đáp ứng sớm sau 1 tháng can thiệp bao gồm biến đổi các dấu ấn ung thư (AFP, PIVKA-II) và đáp ứng khối u theo tiêu chuẩn mRECIST, tỷ lệ hoại tử khối u và các yếu tố liên quan đến đáp ứng khối u hoàn toàn. **Kết quả:** Kỹ thuật được thực hiện thành công trên 100% bệnh nhân với 54,3 tắc mạch ở mức động mạch nuôi u và 45,7% ở mức động mạch hạ phân thùy. Sau 1 tháng can thiệp, kích thước u trung bình, nồng độ AFP và PIVKA-II huyết thanh giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ đáp ứng khách quan đạt 100% trong đó đáp ứng hoàn toàn (74,3%) và đáp ứng một phần (25,7%). Trong nhóm đáp ứng một phần: 88,9% bệnh nhân đạt tỷ lệ hoại tử ≥ 50%. Kích thước u ≤ 3 cm

($p = 0,036$) và chỉ có một động mạch nuôi ($p = 0,015$) là các yếu tố tiên lượng độc lập cho khả năng đạt đáp ứng hoàn toàn. **Kết luận:** Phương pháp tắc mạch hóa chất siêu chọn lọc sử dụng hạt vi cầu DC Bead M1 cho thấy hiệu quả đáp ứng sớm cao, hướng tới khả năng điều trị triệt căn. Kích thước u ≤ 3 cm và chỉ có một động mạch nuôi u là các yếu tố tiên lượng thuận lợi cho đáp ứng hoàn toàn. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, TACE siêu chọn lọc, DC Bead M1.

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY RESPONSE AND PROGNOSTIC FACTORS FOR TUMOR RESPONSE OF SUPERSELECTIVE TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION WITH DC BEAD M1 IN THE TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objective: To evaluate early response and prognostic factors of superselective DEB-TACE using DC Bead M1 in hepatocellular carcinoma (HCC). **Methods:** A prospective interventional clinical study was conducted on 35 patients with HCC (BCLC stage A, Child-Pugh class A, ECOG ≤ 2), treated at 108 Military Central Hospital from June 2024 to May 2025. Patients underwent superselective TACE with DC Bead M1 (70–150 µm) loaded with doxorubicin. Early response at 1-month post-intervention was assessed, including changes in tumor markers (AFP, PIVKA-II), tumor response according to mRECIST criteria, tumor necrosis rate, and analysis of factors associated with complete response. **Results:** Technical success 100%. Embolization at tumor-feeding artery (54.3%)

¹Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Mạnh

Email: manhnghuyenqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

and subsegmental artery (45.7%). Tumor size, AFP, PIVKA-II significantly decreased ($p < 0.05$). Objective response rate was 100% (74.3% CR, 25.7% PR). In PR group, 88.9% had $\geq 50\%$ tumor necrosis. Tumor size ≤ 3 cm ($p = 0.036$) and single feeding artery ($p = 0.015$) predicted complete response. **Conclusion:** Superselective transarterial chemoembolization using DC Bead M1 demonstrates a high early response rate in HCC, with the prospect of curative treatment. Tumor size ≤ 3 cm and a single feeding artery are favorable prognostic factors for complete response.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, superselective TACE, DC Bead M1.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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. Dù các phương pháp điều trị triệt căn như phẫu thuật cắt gan, ghép gan và kỹ thuật hủy u tại chỗ được khuyến nghị cho UTBMTBG giai đoạn sớm (BCLC 0/A), song trên thực tế, khoảng 60–70% bệnh nhân không đủ điều kiện áp dụng các phương pháp này [1]. Tắc mạch hóa chất qua động mạch (Transarterial Chemoembolization-TACE) không chỉ là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho UTBMTBG giai đoạn trung gian (BCLC-B), mà còn được áp dụng như phương pháp “bắc cầu” hướng đến như một phương pháp điều trị triệt căn thay thế - có khả năng gây hoại tử hoàn toàn khối u trong một số trường hợp giai đoạn sớm (BCLC-A) khi điều trị triệt căn không khả thi, [2]. Sự phát triển của kỹ thuật can thiệp và công nghệ hình ảnh đã thúc đẩy ứng dụng TACE siêu chọn lọc, kết hợp với vi cầu DC Bead M1 kích thước nhỏ (70–150 μ m) mang thuốc doxorubicin, giúp giải phóng thuốc kéo dài tại khối u, tăng hiệu quả điều trị và giảm độc tính toàn thân [3]. Tuy nhiên, dữ liệu về hiệu quả TACE siêu chọn lọc với DC Bead M1 trên bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn sớm vẫn còn hạn chế, đặc biệt tại Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá đáp ứng điều trị sớm của phương pháp tắc mạch hóa chất siêu chọn lọc sử dụng hạt vi cầu DC Bead M1 trong điều trị UTBMTBG hướng tới mục tiêu triệt căn, đồng thời xác định các yếu tố tiên lượng đáp ứng của khối u.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, chẩn đoán xác định UTBMTBG theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2020).
- Tiêu chuẩn lựa chọn: Giai đoạn BCLC-A, Child-Pugh A, ECOG ≤ 2 , lần đầu phát hiện hoặc tái phát có chỉ định DEB-TACE (phẫu thuật cắt gan, ghép gan, RFA).

- Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư gan thể hỗn hợp, di căn ngoài gan, xuất huyết tiêu hóa đang tiến triển, ECOG ≥ 3 , rối loạn đông máu nặng chưa điều chỉnh, phụ nữ có thai hoặc bệnh lý nội khoa nặng. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu không đối chứng trên 35 bệnh nhân từ tháng 6/2024 đến tháng 5/2025.

2.3. Quy trình nghiên cứu

- Đánh giá trước can thiệp: Khám lâm sàng, đánh giá ECOG, nồng độ AFP và PIVKA-II. Chụp CLVT hoặc cộng hưởng từ có tiêm thuốc cản quang. Đánh giá giai đoạn theo Hệ thống phân loại BCLC.

- Thực hiện TACE theo quy trình chuẩn với vi ống thông 2.0Fr sử dụng hạt DC Bead M1 tải Doxorubicin, tốc độ bơm 2ml/ phút.

- Đánh giá sau 1 tháng: AFP, PIVKA-II, hình ảnh (CLVT/CHT) theo mRECIST và các yếu tố liên quan đến đáp ứng khối u.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Thống kê mô tả, kiểm định so sánh trung bình ($p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê) bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Tuân thủ các quy định của Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học Bộ Y tế. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu bằng văn bản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân và kỹ thuật can thiệp tắc mạch hóa chất. Trong thời gian từ 6/2024 đến 5/2025, có 35 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình là $63,4 \pm 11,7$; tỷ lệ nam/nữ là 4,8:1. Hầu hết bệnh nhân có một khối u (97,2%), chỉ 1 trường hợp có 3 khối u (2,8%).

Bảng 1. Đặc điểm mạch máu nuôi u và mức độ can thiệp tắc mạch hóa chất ($n=35$)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng động mạch nuôi u	1 nguồn động mạch nuôi	12	34,3
	≥ 2 nguồn động mạch nuôi khối u	23	65,7
Mức độ tắc mạch	Động mạch nuôi u	19	54,3
	Động mạch hạ phân thùy	16	45,7

Nhận xét: 65,7% khối u được cấp máu bởi ≥ 2 nguồn động mạch; mức độ can thiệp chủ yếu ở mức động mạch nuôi u (54,3%).

Bảng 2. Liều lượng hạt vi cầu DC Bead M1 và Doxorubicin sử dụng

Vật liệu sử dụng	Trung bình	Min-Max
------------------	------------	---------

Liều hạt DC Bead M1 (mL/lần can thiệp)	2,04±0,53	1 - 3
Liều Doxorubicin (mg/lần can thiệp)	59,9±20,0	30 - 90

Nhận xét: Liều DC Bead M1 trung bình là $2,04 \pm 0,53$ mL, liều Doxorubicin trung bình là $59,9 \pm 20,0$ mg.

3.2. Đáp ứng điều trị sớm sau 01 tháng

Bảng 3. Biến đổi kích thước u và dấu ấn sinh học sau DEB-TACE (n=35)

Tiêu chí	Trước can thiệp ^(a) $\bar{X} \pm SD$ (Median, Q1-Q3)	Sau 1 tháng ⁽¹⁾ $\bar{X} \pm SD$ (Median Q1-Q3)	p1-0
Kích thước u (cm)	3,55±0,86	3,39±0,93	0,035 ^a
AFP (ng/mL)	11,18 (4,38-122,72)	5,89 (2,51-14,33)	< 0,001 ^b
PIVKA-II (mAU/mL)	170,0 (41,84-617,01)	23,0 (17,73-31,88)	< 0,001 ^b

^(a) Paired-Samples T-Test;

^(b) Wilcoxon signed-ranks Test

Nhận xét: Sau can thiệp, kích thước u và nồng độ AFP, PIVKA-II giảm rõ rệt ($p < 0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa một số yếu tố với đáp ứng khối u theo mRECIST (n=35)

Tiêu chí		Đáp ứng hoàn toàn (CR)	Đáp ứng một phần (PR)	OR (95%CI)	p*
Kích thước u (cm)	≤ 3	10 (100)	0 (0)	1,56 (1,16 - 2,10)	0,036
	> 3	16 (64,0)	9 (36,0)		
Số lượng động mạch nuôi u	1	12 (100)	0 (0)	1,64 (1,18 - 2,28)	0,015
	≥ 2	14 (60,9)	9 (39,1)		
Mức độ can thiệp tắc mạch	ĐM nuôi u	15 (78,9)	4 (21,1)	1,70 (0,37 - 7,85)	0,700
	HPT	11 (68,8)	5 (31,3)		
AFP trước can thiệp (ng/mL)	≤ 20	17 (77,3)	5 (22,7)	1,15 (0,32 - 7,07)	0,698
	> 20	9 (69,2)	4 (30,8)		
PIVKA-II trước can thiệp (mAU/mL)	≤ 40	5 (83,3)	1 (16,7)	1,90 (0,19-18,9)	1,00
	> 40	21 (72,4)	8 (27,6)		

* Fisher's Exact Test

Nhận xét: Kích thước u ≤ 3 cm có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (CR) cao hơn đáng kể (100%) so với u > 3 cm (64,0%) với OR là 1,56 (KTC 95%: 1,16 - 2,10), $p=0,036$.

Bệnh nhân có 1 động mạch nuôi u đạt tỷ lệ CR 100%, cao hơn đáng kể so với nhóm có ≥ 2 động mạch nuôi u (60,9%), với OR là 1,64 (KTC 95%: 1,18 - 2,28), $p=0,015$.

Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) giữa đáp ứng mRECIST với mức độ can thiệp tắc mạch, nồng độ AFP trước can thiệp, hay nồng độ PIVKA-II trước can thiệp.

Bảng 7. Điều trị can thiệp bổ sung sau DEB-TACE (n=35)

Điều trị bổ sung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
DEB-TACE lần 2	6	17,1

Bảng 4. Đáp ứng khối u theo tiêu chuẩn mRECIST sau DEB-TACE (n=35)

Đáp ứng khối u	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	26	74,3
Đáp ứng một phần	9	25,7

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân bệnh nhân có đáp ứng khối u hoàn toàn (74,3%), có 25,7% đáp ứng một phần. Không có trường hợp nào không đáp ứng hoặc bệnh ổn định.

Bảng 5. Tỷ lệ hoại tử khối u ở những bệnh nhân đáp ứng một phần theo mRECIST (n=9)

Tiêu chí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hoại tử ≥ 50%	8	88,9
Hoại tử < 50%	1	11,1
Trung bình (%) (Min - Max)	65,6 ± 12,6 (40,0 - 80,6)	

Nhận xét: Ở những bệnh nhân đáp ứng một phần, đa số (88,9%) đạt tỷ lệ hoại tử khối u ≥ 50%.

Đốt nhiệt	1	2,9
Phẫu thuật cắt gan	2	5,7
Ghép gan	1	2,9
Không	25	71,4

Nhận xét: Sau can thiệp tắc mạch hóa chất lần 1, phần lớn bệnh nhân không cần can thiệp điều trị bổ sung (71,4%), có 17,1% cần can thiệp hóa tắc mạch lần 2, có 2,9% đốt nhiệt (RFA), 5,7% phẫu thuật cắt gan và 2,9% phẫu thuật ghép gan.

IV. BÀN LUẬN

Theo khuyến cáo của các hiệp hội lâm sàng quốc tế, kỹ thuật TACE cần được thực hiện với mức độ chọn lọc nhằm tối ưu hóa hiệu quả tiêu diệt khối u, bảo tồn chức năng gan và cải thiện tiên lượng sống còn cho bệnh nhân UTBMTBG

[2]. Dù chưa có định nghĩa thống nhất, việc đưa vi ống thông đến động mạch nuôi u hoặc động mạch hạ phân thùy được xem là tiêu chí đặc trưng của TACE siêu chọn lọc [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được thực hiện TACE siêu chọn lọc, với 54,3% (19/35) ở mức động mạch nuôi u và 45,7% (16/35) ở mức động mạch hạ phân thùy. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Yi J. và cộng sự (2022), trong đó nhóm sử dụng hạt kích thước nhỏ (70–150 μm) có tỷ lệ tắc mạch mức hạ phân thùy cao hơn (65%) [4].

Về đặc điểm mạch máu nuôi u và các yếu tố ảnh hưởng đến kỹ thuật: Nguồn động mạch nuôi u trung bình là $1,74 \pm 0,61$, và 65,7% khối u có từ hai nguồn nuôi trở lên. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây báo cáo về số lượng động mạch nuôi u trong TACE siêu chọn lọc dao động từ 1 - 3 nhánh [5]. Thành công của TACE siêu chọn lọc phụ thuộc vào việc cá thể hóa kỹ thuật dựa trên đặc điểm của từng bệnh nhân. Các yếu tố thuận lợi đã được xác định bao gồm: Khối u đơn độc, kích thước nhỏ ($<5\text{cm}$), vị trí ngoại vi, giải phẫu mạch máu đơn giản, và chức năng gan tốt (Child-Pugh A). Ngược lại, các yếu tố khó khăn bao gồm: vị trí u gan ở trung tâm (đa nguồn mạch máu nuôi), u sát bao gan thường có tuần hoàn bàng hệ ngoài gan, bệnh nhân xơ gan làm thay đổi mạch máu gan hoặc bất thường mạch máu gan (biến thể giải phẫu, hẹp tắc động mạch gan, shunt động mạch – tĩnh mạch gan...). Đồng thời, phương tiện dụng cụ, cũng như kinh nghiệm của kỹ thuật viên đóng vai trò quan trọng trong việc xác định chính xác nhánh nuôi u và định vị vi ống thông để tắc mạch hóa chất [5], [6].

Về đánh giá đáp ứng về dấu ấn sinh học: Sau 01 tháng can thiệp tắc mạch, các dấu ấn ung thư đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Đáng chú ý, 100% bệnh nhân có tăng AFP ban đầu đều đạt đáp ứng AFP (giảm $\geq 50\%$). Sự sụt giảm mạnh của các dấu ấn này là một chỉ báo sớm và tích cực, phù hợp với các báo cáo trước đây, và tương quan tốt với đáp ứng khối u trên hình ảnh học [7], [8].

Đáp ứng khối u theo tiêu chuẩn mRECIST: Tại thời điểm 01 tháng sau tắc mạch, kích thước khối u trung bình giảm có ý nghĩa ($p < 0,05$). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Ngô Quốc Bộ (2022) [7]. Điểm nổi bật trong nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ đáp ứng khách quan (Objective Response Rate - ORR) theo tiêu chuẩn mRECIST, đạt 100% (đáp ứng hoàn toàn chiếm 74,3% và đáp ứng một phần là 25,7%). Kết quả này bước đầu cho thấy hiệu quả tối ưu

của phác đồ và kỹ thuật DEB-TACE siêu chọn lọc, mở ra khả năng hướng tới mục tiêu điều trị triệt căn. So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ đáp ứng của chúng tôi cao hơn đáng kể. Nghiên cứu của Ngô Quốc Bộ báo cáo tỷ lệ đáp ứng khối u tại thời điểm 01 tháng sau tắc mạch là: đáp ứng hoàn toàn 52,0%, một phần 32,0%, bệnh ổn định 12,0% và tiến triển là 4,0% [7]. Kang và cộng sự (2019) cũng nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn sớm (BCLC 0/A) ghi nhận tỷ lệ đáp ứng khách quan là 94,4% (CR 69,4%, PR 25,0%) khi sử dụng DEB-TACE siêu chọn lọc với hạt vi cầu kích thước nhỏ DC Bead M1 [1].

Khi phân tích các yếu tố tác động đến kết quả đáp ứng khối u, chúng tôi nhận thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa kích thước u và số lượng động mạch nuôi u với mức độ đáp ứng hoàn toàn (theo mRECIST). Cụ thể, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn ở nhóm kích thước $\leq 3\text{cm}$ (100%), cao hơn đáng kể so với nhóm khối u có kích thước $>3\text{cm}$ (64,0%) và ở nhóm khối u chỉ có 1 nguồn động mạch nuôi (100%) cao hơn nhóm u có ≥ 2 động mạch nuôi (60,9%), với $p < 0,05$. Các nghiên cứu trước đây cũng báo cáo một số yếu tố làm tăng khả năng đáp ứng khối u tốt hơn sau TACE, bao gồm các đặc điểm về khối u như: thể khối, kích thước $<3\text{cm}$, số lượng ≤ 3 khối u, giai đoạn sớm BCLC A; kỹ thuật tắc mạch TACE siêu chọn lọc, sử dụng hạt vi cầu tải hóa chất có kích thước nhỏ; ngoài ra đáp ứng của các dấu ấn ung thư như AFP, PIVKA-II cũng có tương quan với kết quả đáp ứng khối u [7]. Mặc dù các nhóm có mức can thiệp siêu chọn lọc (tới động mạch nuôi u), AFP $\leq 20\text{ng/mL}$, PIVKA-II $\leq 40\text{mAU/mL}$ cũng cho thấy tỷ lệ CR cao hơn, sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), có thể do cỡ mẫu còn hạn chế, dự kiến trong thời gian tới chúng tôi sẽ mở rộng phạm vi nghiên cứu để đánh giá được khách quan, toàn diện hơn.

Phân tích sâu 9 bệnh nhân đáp ứng một phần (PR) cho thấy 88,9% có tỷ lệ hoại tử khối u $\geq 50\%$ (trung bình 65,6%). Điều này chứng tỏ ngay cả khi chưa đạt đáp ứng hoàn toàn, DEB-TACE siêu chọn lọc vẫn gây ra mức độ hoại tử đáng kể, tạo tiền đề thuận lợi cho các điều trị tiếp theo. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu đánh giá trên mô bệnh học, vốn xác nhận TACE siêu chọn lọc và sử dụng hạt vi cầu kích thước nhỏ giúp tăng tỷ lệ hoại tử u so với TACE thông thường, cũng như sử dụng hạt vi cầu kích thước lớn hơn [9], [10]. Chiến lược điều trị tiếp theo cho các trường hợp đáp ứng một phần và điều trị bổ sung cho các trường hợp

chưa đạt CR đã cho kết quả rất khả quan: Đối với 2 bệnh nhân đạt CR ban đầu được tiến hành điều trị triệt căn (1 ghép gan, 1 cắt gan). Đặc biệt, kết quả giải phẫu bệnh sau cắt gan đã xác nhận khối u hoại tử 100%, minh chứng vai trò "bắc cầu" hiệu quả của DEB-TACE siêu chọn lọc. Đối với các trường hợp chưa đạt đáp ứng hoàn toàn: 6 bệnh nhân được TACE siêu chọn lọc lần 2 trong đó 4/6 trường hợp (66,7%) đã đạt đáp ứng hoàn toàn; 1 bệnh nhân được đốt nhiệt bằng sóng cao tần (RFA) tại vị trí tổn thương còn lại; 1 BN được phẫu thuật cắt gan và 1 trường hợp chưa được điều trị do vấn đề liên quan thủ tục hành chính.

Phân tích các trường hợp đáp ứng không hoàn toàn cho thấy nguyên nhân có thể do bỏ sót nhánh nuôi nhỏ hoặc hiện tượng tân sinh mạch. Điều này khẳng định tầm quan trọng của việc đánh giá mạch máu tỉ mỉ và điều chỉnh chiến lược cá thể hóa cho từng bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

DEB-TACE siêu chọn lọc sử dụng hạt M1 (70-150µm) là phương pháp điều trị hiệu quả, đặc biệt với các khối u ≤ 3cm, có thể đạt hiệu quả hoại tử khối u hoàn toàn, hướng tới điều trị triệt căn, đồng thời đóng vai trò chiến lược như một phương pháp "bắc cầu" và "giảm giai đoạn" trong điều trị đa mô thức đối với ung thư biểu mô tế bào gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kang Y. J., Lee B. C., Kim J. K., et al. (2020). Conventional Versus Small Doxorubicin-eluting Bead Transcatheter Arterial Chemoembolization for Treating Barcelona Clinic Liver Cancer Stage 0/A Hepatocellular Carcinoma. *Cardiovasc Intervent Radiol*, 43(1): 55-64.
2. Singal A. G., Llovet J. M., Yarchoan M., et al. (2023). AASLD Practice Guidance on prevention,

- diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma. *Hepatology*, 78(6): 1922-1965.
3. Ayyub J., Dabhi K. N., Gohil N. V., et al. (2023). Evaluation of the Safety and Efficacy of Conventional Transarterial Chemoembolization (cTACE) and Drug-Eluting Bead (DEB)-TACE in the Management of Unresectable Hepatocellular Carcinoma: A Systematic Review. *Cureus*, 15(7): e41943.
4. Yi J. W., Hong H. P., Kim M. S., et al. (2022). Comparison of Clinical Efficacy and Safety between 70-150 µm and 100-300 µm Doxorubicin Drug-Eluting Bead Transarterial Chemoembolization for Hepatocellular Carcinoma. *Life (Basel)*, 12(2).
5. Yasuhiro U., Tsuyoshi T., Akihiro N., et al. (2016). Detecting hepatic nodules and identifying feeding arteries of hepatocellular carcinoma: efficacy of cone-beam computed tomography in transcatheter arterial chemoembolization. *Hepatoma Research*, 2: 231-236.
6. Takayasu K., Arii S., Kudo M., et al. (2012). Superselective transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma. Validation of treatment algorithm proposed by Japanese guidelines. *J Hepatol*, 56(4): 886-892.
7. Ngô Quốc Bộ, Nguyễn Trung Kiên, Đặng Đình Phúc, et al. (2022). Đánh giá kết quả bước đầu phương pháp nút mạch hóa chất siêu chọn lọc trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 518(2).
8. Chen S. C., Ho H. L., Liu C. A., et al. (2025). PIVKA-II as a surrogate biomarker for therapeutic response in Non-AFP-secreting hepatocellular carcinoma. *BMC Cancer*, 25(1): 199.
9. Golfieri R., Cappelli A., Cucchetti A., et al. (2011). Efficacy of selective transarterial chemoembolization in inducing tumor necrosis in small (<5 cm) hepatocellular carcinomas. *Hepatology*, 53(5): 1580-1589.
10. Spreafico C., Cascella T., Facciorusso A., et al. (2015). Transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma with a new generation of beads: clinical-radiological outcomes and safety profile. *Cardiovasc Intervent Radiol*, 38: 129-134.

KHẢO SÁT CÁC ĐẶC ĐIỂM LƯỠI CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM TEO DẠ DÀY DỰA TRÊN HỆ THỐNG PHÂN TÍCH LƯỠI TỰ ĐỘNG

Tăng Khánh Huy¹, Lê Thị Thanh Tâm¹, Nguyễn Thị Hương Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm của thiết chẩn và mối liên hệ giữa hình ảnh thiết chẩn với các đặc điểm

nhân khẩu học và lâm sàng dựa trên hệ thống phân tích hình ảnh thiết chẩn tự động trên người bệnh Viêm teo dạ dày. **Đối tượng – Phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) chọn mẫu là những người bệnh đến khám tại Cơ sở 1 và Cơ sở 2 thuộc bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Tuổi trung bình 47,75 ± 12,83; nhóm ≥40 tuổi chiếm đa số (73,17%). BMI trung bình phổ biến nhất (41,46%); nữ giới chiếm 51,83%; lao động chân tay 54,27%. Triệu chứng thường gặp: ợ hơi (33,65%), đầy bụng (30,77%), đau thượng vị (30,13%). Bệnh lý kèm theo: tăng huyết áp (20,12%), RLLM (17,68%), đái tháo

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hương Dương

Email: huongduongdr2012@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025