

3,9% xin về và 1,3% tử vong do sốc nhiễm trùng [1]. Sự không tương đồng về tỷ lệ tử vong ở các nghiên cứu có thể do khác biệt về phác đồ điều trị, dân số chọn mẫu cũng như bệnh nền ung thư đi kèm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận HCLGU chiếm tỉ lệ 20,1% ở các bệnh lý ác tính. Trong đó, tình trạng này xảy ra chủ yếu ở trẻ bạch cầu cấp dòng lympho (68,6%) và lymphoma không Hodgkin (17,2%). Tuy tỉ lệ HCLGU tương đối cao và còn nhiều hạn chế trong việc tiếp cận phương pháp điều trị tiên tiến, chẳng hạn như rasburicase nhưng kết quả điều trị tương đối khả quan với tỉ lệ hồi phục 97,1%. Điều này cho thấy việc phân tầng nguy cơ sớm, phòng ngừa và điều trị thích hợp ở trẻ có nguy cơ cao đặc biệt quan trọng trong quản lý HCLGU.

LỜI CẢM ƠN

Các tác giả xin chân thành cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã hỗ trợ kinh phí cho chúng tôi thực hiện đề tài này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Minh Tuyên, Hoàng Thị Diễm Thúy (2019)**, Đặc điểm hội chứng ly giải u ở trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng 2, Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
2. **Abdel-Baset H., Nasr Eldin E., Eltayeb A., et al.**, "Clinical and laboratory approach for the identification of the risk for tumour lysis syndrome in children with acute lymphoblastic leukemia. Clinical and laboratory approach for the

- identification of the risk for tumour lysis syndrome in children with acute lymphoblastic leukemia", Life Science Journal, (2012), 9.
3. **Ahn Y. H., Kang H. J., Shin H. Y., et al.**, "Tumour lysis syndrome in children: experience of last decade", Hematol Oncol, (2011), 29 (4), pp. 196-201.
 4. **Alavi S., Arzanian M. T., Abbasian M. R., et al.**, "Tumor lysis syndrome in children with non-Hodgkin lymphoma", Pediatr Hematol Oncol, (2006), 23 (1), pp. 65-70.
 5. **Cairo M. S., Bishop M.**, "Tumour lysis syndrome: new therapeutic strategies and classification", Br J Haematol, (2004), 127 (1), pp. 3-11.
 6. **Coiffier B., Altman A., Pui C. H., et al.**, "Guidelines for the management of pediatric and adult tumor lysis syndrome: an evidence-based review", J Clin Oncol, (2008), 26 (16), pp. 2767-78.
 7. **Darmon M., Vincent F., Camous L., et al.**, "Tumour lysis syndrome and acute kidney injury in high-risk haematology patients in the rasburicase era. A prospective multicentre study from the Groupe de Recherche en Réanimation Respiratoire et Onco-Hématologique", Br J Haematol, (2013), 162 (4), pp. 489-97.
 8. **Firwana B. M., Hasan R., Hasan N., et al.**, "Tumor lysis syndrome: a systematic review of case series and case reports", Postgrad Med, (2012), 124 (2), pp. 92-101.
 9. **Knoebel R. W., Lo M., Crank C. W.**, "Evaluation of a low, weight-based dose of rasburicase in adult patients for the treatment or prophylaxis of tumor lysis syndrome", J Oncol Pharm Pract, (2011), 17 (3), pp. 147-54.
 10. **Mansoor A.-e.-R., Zahid M., Mubashir M., et al.**, "Outcome of tumor lysis syndrome in pediatric patients with hematologic malignancies - A single-center experience from Pakistan", The Journal of Community and Supportive Oncology, (2016), 14, pp. 457-465.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KỸ THUẬT CỦA ĐƯỜNG VÀO ĐỘNG MẠCH QUAY VÀ ĐỘNG MẠCH ĐÙI TRONG NÚT MẠCH ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Võ Tấn Đức¹, Trần Quý Tường², Nguyễn Quang Thái Dương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Can thiệp nút mạch hóa chất qua đường động mạch quay đang là một hướng tiếp cận mới trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG). **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ

thành công, những lợi ích và biến chứng của can thiệp nút mạch hóa chất điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đường động mạch quay so với đường động mạch đùi. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang hồi cứu. Từ 1/2019 đến 8/2021, tiến hành 197 thủ thuật can thiệp nút mạch hóa chất điều trị ung thư biểu mô tế bào cho 132 bệnh nhân (96 ca đường động mạch đùi và 97 ca đường động mạch quay). **Kết quả:** Tỉ lệ thành công của đường vào ĐMQ trong NMHC điều trị UTBMTBG tương đương đường vào ĐMĐ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (100% và 99%; p=0,497). Tỉ lệ các biến chứng mạch máu tại chỗ của đường vào ĐMQ thấp hơn đường vào ĐMĐ nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (1% và 3,1%; p=0,368). Thời gian thủ

¹Trường đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh,

²Bệnh Viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Tấn Đức

Email: duc.vt@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023

thuật, thời gian chiếu tia, liều tia ở nhóm có đường vào ĐMQ đều thấp hơn nhóm có đường vào ĐMĐ nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Nút mạch hóa chất điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đường động mạch quay có tỉ lệ thành công, biến chứng cũng như các đặc điểm kỹ thuật tương đương đường vào động mạch đùi. Với những lợi ích và sự thoải mái cho bệnh nhân đã được chứng minh, đường vào động mạch quay hoàn toàn khả thi và có thể ứng dụng trong can thiệp nút mạch hóa chất điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.

Từ khóa: Động mạch quay, nút mạch hóa chất, ung thư biểu mô tế bào gan.

SUMMARY

COMPARISON OF TRANSRADIAL AND TRANSFEMORAL CHEMOEMBOLIZATION IN THE TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Background: In recent years, transradial access (TRA) has emerged as a new approach for transcatheter arterial chemoembolization (TACE) in patients with hepatocellular carcinoma (HCC). **Objectives:** To determine procedure's success rate and to compare the benefits and complications between transradial and transfemoral artery embolization for Hepatocellular Carcinoma. **Methods:** Cross-sectional study with a retrospective analysis. From January 2019 to August 2021, 197 transarterial embolization procedures were performed on 132 patients in Gia Dinh People's Hospital. 96 of which were transfemoral and the other 97 other cases were transradial. **Results:** Success rate of transradial chemoembolization in HCC was similar to a transfemoral procedure, differences were not statistically significant (100% and 99%; $p=0.497$). Local vascular complication rate of radial access was lower than that of femoral access but was also statistically insignificant (1% and 3.1%; $p=0.368$). Total procedure timing, irradiation time and radiation dose of a radial access were lower than that of a femoral access. But again, differences were not statistically significant. **Conclusions:** Transradial chemoembolization in HCC treatment has the same success rate, complication rate as well as technical characteristics as a transfemoral access procedure. With proven benefits and patient's comfort, transradial access is feasible and can be applied in clinical practice of HCC chemoembolization.

Keywords: Radial artery, chemoembolization, hepatocellular carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là một trong những nước thuộc khu vực có tỉ lệ ung thư gan cao nhất thế giới[1]. UTBMTBG thường không có triệu chứng đặc hiệu hoặc các triệu chứng dễ nhầm lẫn với bệnh gan nền đã gây khó khăn cho việc chẩn đoán sớm. Do đó khi chẩn đoán được thì bệnh thường đã ở giai đoạn trễ và không còn thích hợp cho điều trị phẫu thuật triệt để. Hiện nay nút mạch hóa chất (NMHC) đã và đang là một kỹ thuật điều trị có

vai trò rất quan trọng trong điều trị UTBMTBG giai đoạn trung gian và giai đoạn không thể cắt bỏ được với u đa ổ[2].

Từ thập niên 60 của thế kỷ 20, Seldinger đã tìm ra kỹ thuật tạo đường vào mạch máu và Judkin đã dùng kỹ thuật này để tiếp cận động mạch đùi (ĐMĐ) và dùng cho các kỹ thuật chụp và can thiệp mạch máu. Năm 1989, Lucian Campeau đã thực hiện ca chụp mạch vành qua đường động mạch quay (ĐMQ) đầu tiên. Sau 3 thập kỷ phát triển, các thủ thuật qua đường ĐMQ ban đầu được áp dụng chính ở can thiệp mạch vành đã bắt đầu được sử dụng rộng rãi trong các can thiệp mạch máu ngoại biên, can thiệp thần kinh và can thiệp mạch máu tạng[3],[4]. Từ đó đã giúp giảm tỉ lệ và mức độ nghiêm trọng của chảy máu và biến chứng mạch máu tại chỗ, đồng thời giúp bệnh nhân thoải mái hơn sau thủ thuật, giảm thời gian nằm viện,...[3]. Năm 2003, Shiozawa đã công bố báo cáo đầu tiên về can thiệp u gan bằng đường ĐMQ, từ đó tới nay cùng sự phát triển về kỹ thuật và dụng cụ can thiệp NMHC đường động mạch quay đã trở nên phổ biến và được chứng minh tính khả thi và an toàn[5]. Với những lợi thế trên, hiện nay can thiệp mạch tạng nói chung và NMHC nói riêng bằng đường ĐMQ đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới.

Ở Việt Nam, NMHC qua đường ĐMQ chỉ mới được triển khai tại một số trung tâm can thiệp lớn tại Việt Nam. Chúng tôi nhận thấy mặc dù đã có nhiều báo cáo về kết quả can thiệp NMHC trong điều trị UTBMTBG, nhưng chưa có các báo cáo nào về kết quả can thiệp mạch tạng nói chung và NMHC nói riêng qua đường ĐMQ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. *Xác định tỉ lệ thành công về mặt thủ thuật của can thiệp NMHC bằng đường ĐMQ và đường ĐMĐ.*

2. *So sánh những lợi ích và biến chứng của can thiệp NMHC bằng đường ĐMQ so với đường ĐMĐ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được can thiệp NMHC điều trị UTBMTBG bằng đường ĐMQ hoặc ĐMĐ tại khoa CDHA, BV NDGD trong thời gian từ tháng 1/2019 tới hết tháng 8/2021.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích, hồi cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Bệnh nhân đủ 18 được nhập viện điều trị tại BV NDGD từ tháng 1/2019 tới tháng 8/2021.

Bệnh nhân được can thiệp NMHC điều trị UTBMTBG bằng đường ĐMQ hoặc ĐMĐ

Bệnh nhân được can thiệp NMHC với khối UTBMTBG được cấp máu chính cần thuyền tặc tử động mạch thân tạng và động mạch mạc treo tràng trên.

Tiểu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có sẹo, dị tật, bất thường động mạch vùng cổ tay, cẳng tay hoặc cánh tay gây khó khăn cho tiếp cận thủ thuật.

UTBMTBG có nhánh nuôi u chính cần thuyền tặc tử các động mạch khác ngoài động mạch thân tạng và động mạch mạc treo tràng trên.

Bệnh nhân không được lưu trữ đủ dữ kiện cần thiết theo phiếu thu thập số liệu.

Kỹ thuật thực hiện. Mở đường vào mạch máu bằng sheath 5F với kỹ thuật Seldinger, đường vào phổ biến là động mạch đùi chung phải hoặc động mạch quay trái.

Dùng ống thông chọn lọc vào chụp động mạch thân tạng và mạc treo tràng trên bằng ống thông 5F để đánh giá giải phẫu mạch máu nuôi u gan. Chú ý chụp thì muộn để đánh giá hệ thống tĩnh mạch cửa. Sau khi đánh giá kỹ giải phẫu mạch máu hệ thân tạng - mạc treo tràng trên, xác định cuống mạch máu nuôi khối u gan, tiến hành luồn chọn lọc, siêu chọn lọc động mạch nuôi u bằng vi ống thông.

Tiến hành bơm hỗn dịch Lipidol/Doxorubicin hoặc bơm hạt tải thuốc đã ngâm Doxorubicin vào khối u, nút mạch bằng foam hoặc hạt tắc mạch.

Chụp kiểm tra sau thủ thuật, rút sheath, băng ép cầm máu.

Thu thập và xử lý số liệu. Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được thu thập số liệu theo mẫu phiếu thu thập dữ liệu thống nhất. Số liệu được mô tả và phân tích bằng phần mềm SPSS20.0.

Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn trong trường hợp các biến số có phân phối chuẩn. Các trường hợp có phân phối không chuẩn, biến định lượng được sẽ được mô tả bằng giá trị trung vị và khoảng tứ phân vị.

So sánh biến định tính dùng kiểm định Chi-

Square hoặc kiểm định Fisher's Exact Test. So sánh biến định lượng trong trường hợp các biến số có phân phối chuẩn dùng kiểm định Independent- samples T-test, phân tích one-way Anova và Paired-samples-T- test. Trong trường hợp các biến có phân phối không chuẩn sẽ được thay thế bằng kiểm định tương ứng là Mann-Whitney U, Wilcoxon.

Các kết quả trong nghiên cứu được làm tròn 2 chữ số thập phân, trừ kết quả của giá trị p. Với độ tin cậy 95%, $p < 0,05$ được xem là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ 1/2019 đến 8/2021, Chúng tôi thu thập được 132 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu. Tiến hành 197 thủ thuật nút mạch hóa chất trong đó có 96 trường hợp đường động mạch đùi và 97 trường hợp đường động mạch quay, với các đặc điểm như sau.

Đặc điểm dân số xã hội, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UTBMTBG được điều trị nút mạch hóa chất

Bảng 1. Đặc điểm dân số bệnh nhân UTBMTBG được điều trị bằng NMHC

Đặc điểm	Bệnh nhân (n=132)	
	Tần số	Tỷ lệ
Tuổi*	67,5 (58-72)	
Nhóm tuổi:	≤ 50	14,6
	51-70	54,6
	≥ 71	34,8
Giới tính:	Nam	79,5
	Nữ	20,5
Tiền sử viêm gan:	Không	15,2
	VGB	48,5
	VGC	34,8
	VGB-C	1,5

Tuổi trung vị của dân số nghiên cứu là 67,5 tuổi. Trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 51-70 tuổi (54,6%). Số bệnh nhân nam nhiều hơn nữ gần 4 lần. Đa số bệnh nhân có tiền sử viêm gan với tỉ lệ 84,8%, trong đó có 48,5% VGB, 34,8% VGC, 1,5% mắc cả 2 loại VGB và VGC.

So sánh thủ thuật, kết quả, biến chứng của hai đường vào ĐMQ và ĐMĐ

Bảng 2 Kết quả thủ thuật NMHC của hai đường vào ĐMQ và ĐMĐ

Đặc điểm	Tổng số thủ thuật (n=193)		Đường ĐMQ (n=97)		Đường ĐMĐ (n=96)		p
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	
Chọc mạch thành công:	Không	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
	Có	193,0	97,0	100,0	96,0	100,0	
Chọn lọc thành công:	Không	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,497 ^b
	Có	192,0	99,5	97,0	100,0	95,0	

Tỉ lệ thành công: Không Có	1 192	0,5 99,5	0 97	0,0 100,0	1 95	1,0 99,0	0,497 ^b
--------------------------------------	----------	-------------	---------	--------------	---------	-------------	--------------------

^b Chi bình phương

Tỷ lệ chọc mạch thành công là 100%, tỷ lệ chọn lọc thành công là 99,5% và chỉ có 1 ca thuộc nhóm đường ĐMĐ không chọn lọc được mạch máu nuôi u mặc dù đã chọc mạch thành công. Do đó tỷ lệ thành công của thủ thuật NMHC là 99,5% và không có sự khác biệt giữa hai nhóm theo đường ĐMQ và đường ĐMĐ (p=0,492).

So sánh đặc điểm thủ thuật NMHC qua đường ĐMQ và ĐMĐ

Bảng 3. Đặc điểm thủ thuật NMHC của hai đường vào ĐMQ và ĐMĐ

Đặc điểm	Tổng số thủ thuật (n=193)	Đường ĐMQ (n=97)	Đường ĐMĐ (n=96)	p
Thời gian thủ thuật (phút)*	45 (30-57)	40 (29-56)	48 (32-57,5)	0,056 ^c
Thời gian chiếu tia (phút)*	27,7 (19-34)	25,5 (18-35,1)	30 (20,4-34)	0,196 ^c
Liều tia (mGy)*	647 (426-817)	580 (415-842,3)	673 (447-809,5)	0,306 ^c
Lượng cản quang (ml)*	100 (100-150)	100 (100-150)	150 (100-150)	0,003^c

* Trung vị (tứ phân vị); ^c Man-Whitney

Thời gian thủ thuật trung vị trong toàn bộ dân số nghiên cứu là 45 phút, tương ứng với nhóm đường ĐMQ là 40 phút và nhóm đường ĐMĐ là 48 phút, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p=0,056).

Tương tự thời gian chiếu tia trung vị trong toàn bộ dân số nghiên cứu là 27,7 phút, tương ứng với nhóm đường ĐMQ là 25,5 phút và nhóm đường ĐMĐ là 30 phút, tuy nhiên sự khác biệt

này không có ý nghĩa thống kê (p=0,196). Với liều tia toàn dân số nghiên cứu là 647 mGy, nhóm đường ĐMQ là 580 mGy và nhóm đường ĐMĐ là 673 mGy.

Lượng cản quang trong toàn dân số nghiên cứu có trung vị là 100 ml, tuy nhiên khi xét theo đường vào thì nhóm đường ĐMĐ (150 ml) có thể tích lượng cản quang cao hơn nhiều so với nhóm đường ĐMQ (100 ml) và có ý nghĩa thống kê (p=0,003).

Biến chứng của nút mạch hóa chất qua đường ĐMQ và ĐMĐ

Bảng 4. Biến chứng của hai đường vào ĐMQ và ĐMĐ

Đặc điểm	Tổng số thủ thuật (n=193)		Đường ĐMQ (n=97)		Đường ĐMĐ (n=96)		p
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	
Biến chứng do chọc mạch							
Không	189	97,9	96	99,0	93	96,9	0,368 ^d
Có	4	2,1	1	1,0	3	3,1	
Loại biến chứng (n=4)							
Tụ máu	2	50,0	0	0,0	2	66,6	-
Giả phình mạch	1	25,0	0	0,0	1	33,4	
Tắc ĐM quay	1	25,0	1	100,0	0	0	
Thời gian nằm viện (ngày)	1,32±0,92		1,35±0,95		1,28±0,90		0,101 ^c

** Trung bình ± độ lệch chuẩn

^c Mann-Whitney; ^d Fisher's exact

Có 97,9% số ca không có biến chứng do chọc mạch, và chỉ có tổng số 4 ca biến chứng chiếm 2,1%. Số ca biến chứng này thuộc nhóm đường ĐMQ là 1 ca (1,0%) và đường ĐMĐ là 3 ca (3,2%), và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,363). Trong đó loại biến chứng hay gặp nhất 2 ca tụ máu, tiếp theo là 1 ca giả phình mạch đều thuộc nhóm đường ĐMĐ, còn lại 1 ca biến chứng tắc ĐMQ thuộc đường vào ĐMQ.

Thời gian nằm viện trung bình của cả dân số nghiên cứu là 1,32±0,92 ngày và không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) loại ung thư rất phổ biến trên thế giới chiếm 4,7% tổng số ca ung thư. Tại Việt Nam UTBMTBG là loại ung thư thường gặp nhất với hơn 26.400 ca chiếm 14,5% tổng số ca ung thư và hơn 25000 ca tử vong, tỷ lệ số trường hợp mắc mới ở nam cao hơn nữ gần 3 lần (20.5% và 7.4%), tuổi mắc bệnh trung bình là 45-65 tuổi[1],[2]. Yếu tố nguy cơ của UTBMTBG gan là viêm gan B, viêm gan C, xơ gan,... Theo kết quả tổng hợp của tác giả Maucort Boulch và cộng sự[6] dựa trên dữ liệu UTBMTBG của GLOBOCAN 2012 thì VGB đóng góp 56% trường hợp và VGC đóng góp 20% trường

hợp UTBMTBG toàn cầu, tính riêng ở Đông Nam Á thì còn số này là 69% và 11%.. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả hoàn toàn phù hợp với thống kê của GLOBOCAN 2020 và tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Luân và cộng sự[2].

Năm 2003, Shiozawa đã công bố báo cáo đầu tiên về can thiệp u gan bằng đường ĐMQ, từ đó tới nay cùng sự phát triển về kỹ thuật và dụng cụ can thiệp NMHC đường động mạch quay đã trở nên phổ biến và được chứng minh tính khả thi và an toàn[5][7]. Tuy nhiên tiếp cận đường ĐMQ cũng có những khó khăn như kích thước nhỏ và dễ có thắt hơn nên thủ thuật mở đường vào khó khăn hơn và dễ thất bại, đồng thời đường tiếp cận mạch tạng khá xa, cần đi qua các đoạn mạch máu khá gấp khúc gây khó khăn cho thủ thuật[4],[5],[8]. Nghiên cứu này cho thấy NMHC bằng đường ĐMQ có 2 biến chứng tụ máu và một biến chứng giả phình mạch, nhóm đường ĐMQ có 1 biến chứng tắc ĐMQ. Tuy nhiên, các biến chứng này không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so với tiếp cận bằng đường ĐMQ. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Nan Du và cộng sự khác biệt so với kết quả của tác giả Bela Kis. Sự khác biệt này là do tác giả Bela Kis ghi nhận trong nhóm đối tượng ĐMQ can thiệp viên thiếu kinh nghiệm trong việc sử dụng dụng cụ đè ép động mạch quay dẫn đến 3 biến chứng tụ máu dưới da tại vị trí chọc mạch[9],[10]. Số ngày nằm viện trung bình trong nghiên cứu là $1,32 \pm 0,92$, không có sự khác biệt số ngày nằm viện của 2 nhóm NMHC qua đường ĐMQ và ĐMĐ. Kết quả này khác với kết quả của tác giả T wu và Bela Kis[10][11]. Sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn lưu bệnh và xuất viện khác nhau ở các bệnh viện và các quốc gia (thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của tác giả T wu là 5,8 ở nhóm ĐMQ so với 6,4 ở nhóm ĐMĐ), trong nghiên cứu của chúng tôi lấy mốc tính thời gian nằm viện là kể từ ngày làm thủ thuật tới khi ra viện, còn các tác giả trên sử dụng cột mốc tính từ ngày nhập viện.

Nhìn chung, thời gian thực hiện thủ thuật, thời gian chiếu tia, liều tia, thời gian nằm viện tỷ lệ thành công, biến chứng ở hai nhóm NMHC qua đường ĐMQ và ĐMĐ là như nhau. Nhóm động mạch quay có lượng thuốc cản quang sử dụng ít hơn đáng kể so với nhóm ĐMĐ.

V. KẾT LUẬN

Nút mạch hóa chất qua đường ĐMQ có tỷ lệ thành công, biến chứng, kỹ thuật tương đương

với nút mạch hóa chất qua đường ĐMĐ. Đây là con đường tiếp cận tiềm năng có thể thay thế cho động mạch đùi nhằm mang lại sự thoải mái cho bệnh nhân và giảm nguy cơ hình thành huyết khối, tắc mạch do bất động lâu trên giường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO.** The Global Cancer Observatory Accessed 17 August, 2021. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-factsheets.pdf>
2. **Nguyễn Đình Luân, Nguyễn Anh Dũng, Trần Minh Hiền.** Thuyên tắc hóa dầu trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn trung gian kết quả sau 02 năm tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh. 2013;17(6):244-251.
3. **Titano JJ, Biederman DM, Marinelli BS, et al.** Safety and Feasibility of Transradial Access for Visceral Interventions in Patients with Thrombocytopenia. Cardiovasc Intervent Radiol. May 2016;39(5):676-682. doi:10.1007/s00270-015-1264-3
4. **Phan Văn Trực.** So sánh đường vào động mạch quay và động mạch đùi trong can thiệp động mạch vành. Đại học Y Dược Tp.HCM; 2008.
5. **Shiozawa S, Tsuchiya A, Endo S, et al.** Transradial approach for transcatheter arterial chemoembolization in patients with hepatocellular carcinoma: comparison with conventional transfemoral approach. J Clin Gastroenterol. Nov-Dec 2003;37(5):412-417. doi:10.1097/00004836-200311000-00013
6. **Maucort-Boulch D, de Martel C, Franceschi S, Plummer M.** Fraction and incidence of liver cancer attributable to hepatitis B and C viruses worldwide. Int J Cancer. Jun 15 2018;142(12):2471-2477. doi:10.1002/ijc.31280
7. **Chen YY, Liu P, Wu YS, Lin H, Chen X.** Transradial vs transfemoral access in patients with hepatic malignancy and undergoing hepatic interventions: A systematic review and meta-analysis. Medicine. 2018;97(52):e13926. doi:10.1097/MD.00000000000013926
8. **Cao C, Kim SY, Kim GH, et al.** Comparison of transradial and transfemoral access for transcatheter arterial embolization of iatrogenic renal hemorrhage. PLoS One. 2021; 16(8): e0256130. doi: 10.1371/ journal.pone.0256130
9. **Du N, Yang MJ, Ma JQ, et al.** Transradial access chemoembolization for hepatocellular carcinoma in comparison with transfemoral access. Transl Cancer Res. Sep 2019;8(5):1795-1805. doi:10.21037/tcr.2019.08.40
10. **Kis B, Mills M, Hoffe SE.** Hepatic radioembolization from transradial access: initial experience and comparison to transfemoral access. Diagn Interv Radiol. Sep-Oct 2016;22(5):444-449. doi:10.5152/dir.2016.15571
11. **Wu T, Sun R, Huang Y, et al.** Transradial arterial chemoembolization reduces complications and costs in patients with hepatocellular carcinoma. Indian J Cancer. Dec 2015;52(2): e107-e111. doi:10.4103/0019-509x.172505