

Đánh giá kết quả phác đồ đa mô thức điều trị ung thư tế bào gan giai đoạn không thể phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ 2020-2022

Evaluation of multimodal therapy of inoperable hepatocellular carcinoma at Phu Tho General Hospital in the period of 2020-2022

Phạm Tiến Chung

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị ung thư gan (Hepatocellular carcinoma - HCC) giai đoạn không phẫu thuật được bằng phương pháp xạ trị sau nút mạch hóa chất (Transcatheter Arterial Chemo Embolization - TACE) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 10/2020 tới tháng 10/2022. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân HCC giai đoạn không thể phẫu thuật, được điều trị bằng phương pháp xạ trị sau TACE tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 10/2020 tới tháng 10/2022. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Có 45 bệnh nhân HCC được điều trị bằng xạ trị sau TACE: Sau 3 tháng triệu chứng đau giảm từ 86,7% xuống còn 13,3%. Tỷ lệ đáp ứng điều trị 93,3% trong đó 20% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn và 73,3% bệnh nhân đáp ứng 1 phần. Thời gian sống thêm trung bình: $16,8 \pm 1,4$ (tháng), tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng lần lượt là: 93,3%, 86,7%, 68,9%. Bệnh nhân tái phát tại chỗ 26,7%, di căn tới phổi, xương theo tỷ lệ: 26,7%, 6,7%. **Kết luận:** Phác đồ cho kết quả bước đầu đáp ứng tốt, cần tiếp tục được mở rộng nghiên cứu để khẳng định hiệu quả của phác đồ.

Từ khóa: HCC, xạ trị, TACE.

Summary

Objective: To describe the initial results of multimodal therapy inoperable hepatocellular carcinoma by post-TACE radiotherapy at Phu Tho General Hospital from October 2020 to October 2022. **Subject and method:** HCC patients who are inoperable stage, treated with post-TACE radiotherapy at Phu Tho General Hospital from October 2020 to October 2022, method: A cross-sectional descriptive study. **Result:** There were 45 HCC patients treated with post-TACE radiotherapy: After 3 months, patient's pain decreased from 86.7% to 13.3%. Treatment response rate was 93.3%, in which 20% of patients had a complete respond and 73.3% of patients had a partial respond. Mean survival time: 16.8 ± 1.4 (months), the overall survival rate at 6 months, 12 months, 18 months were 93.3%, 86.6%, 68.8%, respectively. Rate of recurrence liver (26.7%), metastasis including lung (26.7%), bone (6.7%). **Conclusion:** Post TACE radiotherapy shows a good initial results, further research is needed to confirm the effectiveness of the regimen.

Keywords: HCC, radiotherapy, TACE.

Ngày nhận bài: 10/3/2023, ngày chấp nhận đăng: 29/3/2023

Người phản hồi: Phạm Tiến Chung, Email: ptchung68@gmail.com - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

1. Đặt vấn đề

Ung thư biểu mô tế bào gan là một bệnh phổ biến trên thế giới và ở Việt Nam [1]. Bệnh đã được biết đến từ lâu và đang có xu hướng gia tăng, hiện đứng hàng thứ nhất trong số các bệnh ung thư hay gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong cho 600.000 đến 1.000.000 người hàng năm. Mỗi năm có trên 500.000 trường hợp mắc mới [2]. Việt Nam nằm trong số những quốc gia có tỷ lệ mắc HCC cao nhất thế giới, phù hợp với tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B và C rất cao. Trong các phương pháp điều trị ung thư gan, phẫu thuật cắt bỏ khối u gan và ghép gan được coi là những phương pháp điều trị triệt căn tốt nhất dành cho giai đoạn sớm. Tuy vậy, phương pháp phẫu thuật mới chỉ được thực hiện tại một số bệnh viện lớn trong cả nước, tỷ lệ tai biến và tử vong phẫu thuật còn cao vì bệnh nhân thường có xơ gan kèm theo [3]. Phần lớn người bệnh không đáp ứng được các tiêu chuẩn lựa chọn vì nhiều lý do như bệnh được phát hiện muộn, có xơ gan nặng kèm theo [4] không tìm được người cho gan thích hợp hoặc vì chi phí điều trị còn quá cao... Phần lớn bệnh nhân đến khi bệnh đã ở giai đoạn tiến triển không còn chỉ định phẫu thuật, theo hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế Việt Nam, giai đoạn này bệnh nhân chỉ có chỉ định điều trị TACE. Tuy nhiên, chỉ riêng TACE hiếm khi tạo được sự thuyên giảm bệnh lý hoàn toàn đối với những khối ung thư gan có kích thước > 5cm, đặc biệt là ở vùng ngoại vi của khối u. Về mặt lý thuyết điều trị kết hợp với các phương pháp điều trị khác là cần thiết để loại bỏ các tổn thương còn lại. Sự kết hợp giữa TACE và xạ trị cho thấy kết quả đầy hứa hẹn đối với các khối ung thư gan lớn. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ hiện nay, Đơn vị Xạ trị và Y học Hạt nhân, Trung tâm Ung Bướu đã tiến hành điều trị đa mô thức có sự hỗ trợ của xạ trị đối với các bệnh nhân HCC có TACE. Bài viết này nhằm mục tiêu: *Mô tả kết quả điều trị bước đầu HCC giai đoạn không phẫu thuật được bằng phương pháp xạ trị sau TACE tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 10/2020 tới tháng 10/2022.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

45 bệnh nhân HCC giai đoạn không thể phẫu thuật, được điều trị bằng phương pháp xạ trị sau

TACE tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 10/2020-10/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ung thư gan giai đoạn không phẫu thuật được tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam. Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp TACE sau đó xạ trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa nặng ảnh hưởng đến quá trình điều trị. Bệnh gan nặng: Child-Pugh C, hội chứng não gan, cổ trướng tái lập nhanh, rối loạn chức năng đông máu nặng (tiểu cầu < 60.000/mm³; TP < 60%). Huyết khối tĩnh mạch cửa hoặc di căn ngoài gan. Tổng trạng chung theo ECOG: 3-4 điểm.

2.2. Phương pháp

Địa điểm nghiên cứu: Tại Đơn vị Xạ trị và Y học hạt nhân - Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu: Toàn bộ các bệnh nhân đủ điều kiện theo các tiêu chuẩn lựa chọn. Tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu này là 45 bệnh nhân.

Kỹ thuật chọn mẫu: Thuận tiện.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

Chọn đối tượng nghiên cứu: Chẩn đoán xác định khi thỏa mãn 1 trong 3 tiêu chuẩn sau: Giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát; Hình ảnh MRI/CT điển hình + AFP ≥ 400ng/ml; Hình ảnh MRI/CT điển hình + AFP < 400ng/ml + VGB/VGC. Chẩn đoán giai đoạn dựa theo: Okuda, BCLC (Barcelona clinic liver cancer group) Bộ Y tế Việt Nam, phân loại TNM theo UICC 2010.

Quy trình tiến hành điều trị: Sau khi được chẩn đoán xác định bệnh nhân được tiến hành điều trị với kỹ thuật TACE: Bệnh nhân nhịn ăn trước 6 giờ, sau đó được tiến hành trên hệ thống máy chụp mạch tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ. Đặt đường vào động mạch theo kỹ thuật Seldinger cải tiến. Luồn ống thông động mạch qua desilet từ động mạch đùi phải lên động mạch chủ vào động mạch thân tạng và luồn chọn lọc vào động mạch gan riêng. Chụp động mạch gan ở tất các thì để xác định rõ vùng khối u, tính chất mạch máu, khẳng định vị trí đầu ống thông. Tiến hành bơm hóa chất doxorubicin với

lipiodol, động tác bơm nhẹ nhàng và được kiểm soát dưới màn chiếu. Nút mạch gan riêng bằng vật liệu nút mạch tạm thời Spongel. Sau nút mạch hóa chất 1-2 tuần bệnh nhân được tiến hành xạ trị ngoài với máy gia tốc. Bệnh nhân được cố định vùng ổ bụng bằng tấm đeo chuyên dụng để hạn chế di động, chụp CT mô phỏng bằng máy CTsim, chuyển hình ảnh sang hệ thống lập kế hoạch xạ trị. Liều xạ: 60Gy. Phân liều 2Gy/ngày. Vùng thể tích xạ trị: GTV60: Tập trung chủ yếu vào khối u. PTV60: Bao gồm GTV60 + 5-10mm.

Đánh giá kết quả sau điều trị: Đánh giá đáp ứng lâm sàng, đánh giá đáp ứng trên các chỉ số cận lâm sàng, đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn WHO và mRECIST, thời gian sống thêm toàn bộ, tái phát và di căn.

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y sinh học Stata 12.0. Xử dụng các thuật toán tính tỷ lệ %, trung bình, trung vị. đánh giá sống thêm bằng đường cong Kaplan Meier.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giới	Nam	42	93,3
	Nữ	3	6,7
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	6	13,4
	40-49 tuổi	3	6,7
	50-59 tuổi	18	40
	60-69 tuổi	18	40
Phân loại theo Okuda	Giai đoạn 1	45	100
	Giai đoạn 2	0	0
Phân loại theo Bộ Y tế	Giai đoạn A	0	0
	Giai đoạn B	45	100
	Giai đoạn C	0	0
	Giai đoạn D	0	0
Độ xơ gan Child-Pugh	Không xơ gan	6	13,3
	Xơ gan A	30	66,7
	Xơ gan B	9	20
	Xơ gan C	0	0

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu là nam giới, nhóm tuổi nhiều nhất trên 50 tuổi, 100% bệnh nhân ở giai đoạn 1 theo Okuda, 100% bệnh nhân ở giai đoạn B theo Bộ Y tế Việt Nam. Bệnh nhân xơ gan Child-Pugh A chiếm tỷ lệ cao nhất.

3.2. Đáp ứng trên lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng đau hạ sườn phải do u

Đau hạ sườn phải	Trước điều trị	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng
n	39	21	6
Tỷ lệ %	86,7	46,7	13,3
Tổng số	45	45	45

Nhận xét: Triệu chứng đau hạ sườn phải do u giảm mạnh sau 1 tháng, sau 3 tháng tỷ lệ còn đau rất thấp (13,3%).

3.3. Đáp ứng điều trị dựa vào các cận lâm sàng

Bảng 3. Kích thước khối u

Thời điểm điều trị	Kích thước trung bình khối u
Trước điều trị	7,84 ± 2,41
Sau điều trị 1 tháng	6,23 ± 2,08 (p=0,0001)
Sau điều trị 3 tháng	5,69 ± 2,36 (p=0,0001)

Nhận xét: Sau 3 tháng kích thước khối u giảm rõ rệt.

Bảng 4. Chỉ số AFP trước và sau điều trị

AFP		< 200ng/ml	200-400ng/ml	> 400ng/ml
Trước điều trị	Số bệnh nhân	18	3	24
	Tỷ lệ %	40	6,7	53,3
Sau điều trị 1 tháng	Số bệnh nhân	30	0	15
	Tỷ lệ %	66,7	0	33,3
Sau điều trị 3 tháng	Số bệnh nhân	24	6	15
	Tỷ lệ %	53,4	13,3	33,3

Nhận xét: Chỉ số AFP giảm rõ rệt sau điều trị.

Bảng 5. Mức độ đáp ứng trên CT/MRI sau điều trị

Đáp ứng điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hoàn toàn	9	20
Một phần	33	73,3
Tiến triển	3	6,7

Nhận xét: Mức độ đáp ứng trên phim CT/MRI sau điều trị đạt 90,3%, có đáp ứng hoàn toàn 20%.

3.4. Thời gian sống thêm

Bảng 6. Số bệnh nhân tử vong

Thời gian	3 tháng	6 tháng	12 tháng	18 tháng
Số bệnh nhân tử vong	0	3	3	8
Tỷ lệ %	0	6,7	6,7	17,8
n	45	45	45	45

Nhận xét: Có 14 bệnh nhân đã tử vong trong đó 3 bệnh nhân tử vong sau 3 thán, 3 bệnh nhân tử vong sau 6 tháng, 8 bệnh nhân tử vong sau 18 tháng.

Bảng 7. Nguyên nhân tử vong

Nguyên nhân tử vong	Suy gan	Di căn
Số bệnh nhân	3	11
Tỷ lệ %	21	79

Nhận xét: Nguyên nhân tử vong chủ yếu do di căn chiếm 79%.

Bảng 8. Thời gian sống thêm toàn bộ của bệnh nhân

Thời gian	Tỷ lệ sống thêm theo Kaplan-Meier	Thời gian sống trung bình
6 tháng	93,3%	16,8 ± 1,4 (tháng)
12 tháng	86,7%	
18 tháng	68,9%	

Nhận xét: Thời gian sống trung bình đến thời điểm viết báo cáo 16,8 ± 1,4 (tháng), tỷ lệ sống thêm toàn bộ 6 tháng đạt 93,3%, 12 tháng là 86,7%, 18 tháng là 68,9%.

3.5. Tái phát và di căn

Bảng 9. Tái phát và di căn

Tái phát, di căn	Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tái phát tại gan		8	26,7
Di căn	Phổi	8	26,7
	xương	2	6,7

Nhận xét: Tái phát tại gan 26,7%. Di căn chủ yếu xương và phổi chiếm 33,4%.

4. Bàn luận

Theo dõi kết quả điều trị của 45 bệnh nhân được áp dụng phác đồ chúng tôi thấy: Nếu như trước điều trị số bệnh nhân có đau hạ sườn phải chiếm 86,7% và số bệnh nhân không đau chỉ chiếm 13,3% thì sau điều trị số bệnh nhân không đau hạ sườn phải tăng dần. Tỷ lệ này được ghi nhận vào các thời điểm sau 1 tháng, sau 3 tháng lần lượt là 46,7% và 13,3%. Giảm đau hạ sườn phải không phải là triệu chứng chủ yếu đánh giá kết quả điều trị. Đây là triệu chứng chủ quan của bệnh nhân. Nhưng triệu chứng này giảm đi do tác dụng của điều trị, do vậy nó tác động rất lớn đến tâm lý của bệnh nhân, giúp gia tăng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân là tạo tâm lý ổn định hơn cho bệnh nhân, giảm đi cảm giác mình là người bệnh lúc nào cũng đau đớn. Trong một số những nghiên cứu trong nước khác như Mai Hồng Bằng [5] tỷ lệ không đau sau 6 tháng điều trị bằng tiêm cồn là 74,18% và Lê Tuyết Anh [6] điều trị bằng hóa chất tỷ lệ bệnh nhân không đau là 36,36%, điều trị bằng hóa chất nút mạch kết hợp xạ trị cho kết quả cải thiện nhiều và sớm hơn về triệu chứng đau.

Thay đổi về kích thước khối u

Kích thước trung bình khối u của 45 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan là 7,84 ± 2,41, tuy nhiên

sau điều trị lần lượt tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng kích thước khối u trung bình lần lượt là 6,23 ± 2,08 và 5,69 ± 2,36. Sự thay đổi kích thước khối u này có ý nghĩa thống kê với p=0,0001. Điều này cho thấy sự kiểm soát tại chỗ của phương pháp TACE+ xạ trị đối với khối u. Điều này cũng được ghi nhận ở các tác giả khác với các phương pháp điều trị khác: Tỷ lệ khối u giảm kích thước ở thời điểm 6 tháng của Mai Hồng Bằng [5] là 71,25%, Đặng Thị Minh [7] là 36,66%, với điều trị khối u bằng hóa chất kích thước khối u không giảm mà tăng lên.

Thay đổi về nồng độ AFP:

AFP vẫn được ghi nhận là một marker có giá trị trong chẩn đoán và theo dõi tiến triển của ung thư biểu mô tế bào gan. Có sự ghi nhận một tỷ lệ bệnh nhân không tăng AFP ở một số bệnh nhân, do tế bào ung thư không tăng tiết AFP đã được nhiều tác giả thừa nhận [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 40% không tăng AFP. Ở những bệnh nhân này AFP hầu như không thay đổi và không thể coi là dấu hiệu theo dõi sự tiến triển. Có 60% bệnh nhân có tăng AFP trong đó có 24 bệnh nhân (53,3%) có chỉ số AFP cao trên 400 thì sự thay đổi của chỉ số AFP rất có ý nghĩa để đánh giá tình trạng thuyên giảm hay tăng lên của bệnh. Qua theo dõi chúng tôi thấy chỉ số AFP dưới ngưỡng 200 ban đầu là 40%, sau điều trị 1 tháng chỉ số dưới ngưỡng 200 là 66,7%, tuy nhiên

sang tháng thứ 3 sau điều trị, số bệnh nhân có chỉ số dưới ngưỡng 200 là 53,3%. Tương tự như 1 số nghiên cứu trong nước khác như Mai Hồng Bằng [5] số bệnh nhân có chỉ số AFP bình thường trước điều trị, sau điều trị 3 tháng, sau điều trị 6 tháng lần lượt là 38,88%, 48,14%, 55,55%. Hay như tác giả Đặng Thị Minh [7], số bệnh nhân có AFP bình thường trước và sau điều trị 3 tháng là: 10% và 43,34%. Điều đó cho thấy chỉ số AFP ở những bệnh nhân này có sự thay đổi (giảm đi) đáp ứng với điều trị và có dấu hiệu tăng lên khi tái phát, di căn.

Đánh giá đáp ứng của khối u dựa trên độ bắt thuốc

Hiện nay, các tác giả trên thế giới nhận thấy 2 bảng điểm WHO và RECIST không còn phù hợp để đánh giá đáp ứng điều trị của các phương pháp điều trị tại chỗ đối với điều trị ung thư gan do chỉ quan tâm tới sự thay đổi về kích thước khối u. Nghiên cứu của Fonner và cộng sự năm 2009 cho thấy thang điểm RECIST bỏ sót rất nhiều các trường hợp đáp ứng hoàn toàn điều trị bằng các phương pháp tại chỗ và đánh giá không chính xác những trường hợp đáp ứng một phần [9]. Hiện nay, Hiệp hội Gan mật châu Âu khuyến cáo sử dụng tiêu chuẩn mRECIST để đánh giá đáp ứng sau điều trị đối với các phương pháp điều trị tại chỗ, nút mạch và phương pháp dùng thuốc điều trị đích. Do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi có đánh giá đáp ứng của khối u gan sau điều trị nút mạch kết hợp với xạ trị dựa trên hình ảnh bắt thuốc trên CT/MRI. Trong nghiên cứu này của chúng tôi tỷ lệ đáp ứng tại chỗ (khối u) sau 1 tháng điều trị là: Đáp ứng hoàn toàn chiếm tỷ lệ 20%, đáp ứng 1 phần chiếm tỷ lệ 73,3% và không đáp ứng (tiến triển) chiếm tỷ lệ 6,7%. Như vậy, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng với điều trị 93,3% nhưng đáp ứng hoàn toàn chỉ chiếm 20%. Bản thân phương pháp điều trị nút mạch không tiêu diệt được hoàn toàn khối u, bản chất phương pháp này là kìm hãm sự phát triển của các tế bào u bằng cách làm tắc các mạch máu tới nuôi khối u. Sau đó với sự kết hợp của tia xạ tiêu diệt những tế bào u còn lại. Tuy nhiên khối u là rất lớn và do đáp ứng của từng bệnh nhân với tia xạ nên có 1 tỷ lệ khá cao bệnh nhân không đáp ứng hoàn toàn với điều trị.

Thời gian sống thêm

Với 45 bệnh nhân trong nghiên cứu với bệnh nhân sống thêm dài nhất là 20 tháng, một số bệnh nhân có thời gian theo dõi là trên 3 tháng, việc đưa ra nhận xét sẽ có nhiều khiếm khuyết nhưng chúng tôi cũng tạm đưa ra kết quả sau: Thời gian sống thêm không bệnh của bệnh nhân trong nghiên cứu này tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng lần lượt là: 93,3%, 86,7%, 68,9%, với thời gian sống thêm trung bình trong nghiên cứu này là 16,4 tháng. Khi đối chiếu với 1 số nghiên cứu khác trong và ngoài nước sử dụng hóa chất nút mạch trong điều trị ung thư gan, Chamsangeve C và cộng sự dùng Gelfoam với Lipiodol + Mytomicin C hoặc doxorubicin thì tỷ lệ sống thêm 12 tháng là 69%, với Hasho K thời gian sống 1 năm là 50-60% [11]. Khi so sánh với một số tác giả nước ngoài có sử dụng phương pháp nút mạch và xạ trị, thấy Edward C và cộng sự [12] đã báo cáo 107 bệnh nhân có khối u lớn không thể phẫu thuật được bằng TACE kết hợp với xạ trị, kích thước các khối u dao động từ 5-18cm, sau khoảng thời gian theo dõi trung bình là 24 tháng, tỷ lệ sống thêm trung bình 3 năm, 5 năm lần lượt là 28,4% và 15,4% với thời gian sống thêm trung bình là 18 tháng. Cheng và cộng sự báo cáo 17 bệnh nhân không thể phẫu thuật được đã được điều trị bằng TACE và xạ trị, với kích thước khối u trung bình là 8,6 (từ 3,7 tới 18cm). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 2 năm là 58%. Việc nghiên cứu một số lượng ít bệnh nhân trong một thời gian dưới 2 năm tổng thể chưa thể tạo nên một kết quả đủ để so sánh hiệu quả của phương pháp này so với các phương pháp điều trị khác hay so với các tác giả khác trên thế giới sử dụng phương pháp xạ trị sau nút mạch. Tuy nhiên, nói đến bệnh nhân còn sống không có nghĩa bệnh nhân đã khỏi bệnh, nhiều bệnh nhân đang có những tiến triển xấu khác như di căn gan, di căn phổi, và bệnh tiến triển.

Tái phát và di căn

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 26,7% bệnh tái phát tại gan và 10 bệnh nhân có xuất hiện tổn thương di căn tại các vị trí khác nhau, phổi, xương lần lượt chiếm các tỷ lệ: 26,7%, 6,7%.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu trên 45 bệnh nhân được điều trị bằng xạ trị sau TACE chúng tôi thấy: Sau 3 tháng triệu chứng đau giảm từ 86,7% xuống còn 13,3%. Tỷ lệ đáp ứng điều trị 93,3% trong đó 20% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn và 73,3% bệnh nhân đáp ứng 1 phần. Thời gian sống thêm trung bình: $504 \pm 41,2$ (ngày), tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng lần lượt là: 93,3%, 86,7%, 68,9%. Có 8 bệnh nhân tái phát tại gan (26,7%) và 10 bệnh nhân di căn lần lượt tại các vị trí phổi, xương, chiếm tỷ lệ: 26,7%, 6,7%. Điều trị ung thư gan giai đoạn không phẫu thuật được bằng phương pháp xạ trị sau TACE cho kết quả bước đầu đáp ứng tốt, cần tiếp tục được mở rộng nghiên cứu để khẳng định hiệu quả của phác đồ.

Tài liệu tham khảo

- Nguyễn Bá Đức (2006) *Điều trị hóa chất trong ung thư gan*. Ung thư gan nguyên phát, Nhà xuất bản Y học, tr. 306-307.
- Miraglia R, Pietrosi G et al (2007) *Efficacy of transcatheter embolization/chemoembolization (TAE/TACE) for the treatment of single hepatocellular carcinoma*. *World J. Gastroenterol* 13(21): 2952-2955.
- Văn Tần, Hoàng Danh Tấn (2000) *Kết quả phẫu thuật ung thư gan nguyên phát tại Bệnh viện Bình Dân 1/1991 - 12/1999*. *Thông tin Y Dược (số chuyên đề bệnh gan mật)*, tr. 115-127.
- Phạm Hoàng Phiệt (2006) *Virut viêm gan B và ung thư gan nguyên phát*. Ung thư gan nguyên phát, Nhà xuất bản Y học, tr. 44-56.
- Mai Hồng Bằng (1995) *Nghiên cứu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp etanol qua da vào khối u gan dưới hướng dẫn của siêu âm*. Luận án Phó tiến sĩ khoa học Y dược, Học viện Quân Y.
- Lê Tuyết Anh (1998) *Bước đầu đánh giá kết quả điều trị ung thư gan bằng hóa chất 5-Fluorouracil và Doxorubicin tại Khoa Tiêu hóa-Bệnh viện Bạch Mai*. Công trình nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Bạch Mai, tập 2.
- Đặng Thị Minh (2001) *Điều trị ung thư gan nguyên phát một hai khối bằng tiêm ethanol tuyệt đối vào khối u dưới hướng dẫn của siêu âm*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội
- Triệu Thị Chính, Phạm Thị Phi Phi (1993) *Đánh giá khả năng chẩn đoán ung thư gan của AFP*. *Tạp chí Y khoa Việt Nam*.
- Forner A, Ayuso C, Valera M et al (2009) *Evaluation of tumor response after locoregional therapies in hepatocellular carcinoma, are response evaluation criteria in solid tumors reliable*. *Cancer* 115(3), 616-623.
- Chamsangeve C et al, *Liver tumors*. *Therapeutic Angiographie Techniques*: 448-460.
- Kanchiro H (2001) *Nút hóa chất động mạch gan điều trị ung thư gan*. Khoa X-quang, trung tâm Y tế quốc tế Nhật Bản.
- Edward C et al (2008) *Principles and practice of radiation oncology chap. 57*.