

DOI: 10.58490/ctjump.2026i98.4882

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NÚT MẠCH HÓA CHẤT UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Nguyễn Phan Huy¹, Võ Huỳnh Trang^{1*}, Nguyễn Hoàng Anh²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

Email: vhttrang@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24/3/2026

Ngày phản biện: 23/5/2026

Ngày duyệt đăng: 25/5/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư biểu mô tế bào gan là bệnh lý thường gặp. Nút mạch hóa chất là phương pháp điều trị quan trọng, trong khi cắt lớp vi tính và tiêu chuẩn mRECIST giúp theo dõi hiệu quả điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính và đánh giá kết quả điều trị nút mạch hóa chất ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 35 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 06/2025 đến 01/2026. **Kết quả:** Khối u thường gặp ở hạ phân thùy VIII, VII và VI với tỷ lệ lần lượt 57,1%, 42,9% và 31,4%; kích thước chủ yếu 20–50 mm chiếm 51,4%. U nhiều ổ chiếm ưu thế, trong đó 3 khối u chiếm 60,0%. Trên cắt lớp vi tính, u chủ yếu giảm tỷ trọng trước tiêm thuốc cản quang chiếm 77,2%, ngấm thuốc mạnh thì động mạch và thải thuốc thì tĩnh mạch/muốn chiếm 88,6%. Tăng sinh mạch ghi nhận 37,1%, động mạch nuôi u chủ yếu là động mạch trong gan chiếm 80,0% và huyết khối tĩnh mạch cửa chiếm 20,0%. Sau 6 tháng, đáp ứng hoàn toàn chiếm 31,4%, đáp ứng một phần 40,0%, bệnh ổn định 25,7% và bệnh tiến triển 2,9% theo mRECIST. **Kết luận:** Ung thư biểu mô tế bào gan trong nghiên cứu thường nằm ở các hạ phân thùy sau gan phải, có hình ảnh ngấm thuốc thì động mạch và thải thuốc điển hình trên cắt lớp vi tính. Sau 6 tháng, đa số bệnh nhân đạt đáp ứng điều trị tốt theo mRECIST, cho thấy nút mạch hóa chất là phương pháp hiệu quả ở nhóm bệnh nhân được lựa chọn phù hợp.

Từ khóa: Chụp cắt lớp vi tính, kết quả điều trị, nút mạch hóa chất, ung thư biểu mô tế bào gan.

ABSTRACT

COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING FEATURES AND TREATMENT OUTCOMES OF TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION IN HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Nguyen Phan Huy¹, Vo Huynh Trang¹, Nguyen Hoang Anh²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho General Hospital

Background: Hepatocellular carcinoma is a common malignancy. Transarterial chemoembolization is an important treatment modality, while computed tomography and the mRECIST criteria are useful for monitoring treatment response. **Objective:** To describe computed tomography imaging characteristics and evaluate treatment outcomes of transarterial chemoembolization in patients with hepatocellular carcinoma. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 35 patients with hepatocellular carcinoma at Can Tho Central General Hospital from June 2025 to January 2026. **Results:** Tumors were most commonly located in liver segments VIII, VII, and VI, accounting for 57.1%, 42.9%, and 31.4%, respectively. The most common tumor size was 20-50 mm, accounting for 51.4%. Multifocal tumors predominated, with

three tumors being the most frequent pattern, accounting for 60.0%. On computed tomography, tumors were mainly hypodense on non-contrast images, accounting for 77.2%, showed strong arterial phase enhancement, and demonstrated washout in the portal venous or delayed phase in 88.6% of cases. Tumor neovascularity was observed in 37.1% of cases, the feeding artery was mainly intrahepatic in 80.0%, and portal vein thrombosis was present in 20.0%. After 6 months, complete response, partial response, stable disease, and progressive disease according to mRECIST were observed in 31.4%, 40.0%, 25.7%, and 2.9% of patients, respectively. **Conclusions:** In this study, hepatocellular carcinoma was commonly located in the posterior segments of the right hepatic lobe and showed typical computed tomography features of arterial phase enhancement and washout. After 6 months, most patients achieved favorable responses according to mRECIST, suggesting that transarterial chemoembolization is an effective treatment modality in appropriately selected patients.

Keywords: Computed tomography scan, treatment outcomes, transarterial chemoembolization, hepatocellular carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là loại tổn thương thường gặp nhất trong các loại ung thư tại gan, nằm trong sáu loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới và nằm trong ba loại ung thư phổ biến nhất tại Việt Nam. UTBMTBG đứng đầu trong các nguyên nhân tử vong liên quan đến ung thư tại Việt Nam [1]. Theo thống kê của GLOBOCAN (Global Cancer Observatory – Tổ chức Ghi nhận Ung thư toàn cầu) năm 2018, thế giới ghi nhận 18,1 triệu trường hợp ca bệnh mới và 9,6 triệu ca tử vong do ung thư, trong đó ung thư phổi chiếm 18,4%, ung thư vú chiếm 11,6% và ung thư gan chiếm 8,2% [2].

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) là một công cụ chẩn đoán hình ảnh quan trọng trong việc phát hiện, đánh giá mức độ xâm lấn và giai đoạn của UTBMTBG. Đặc biệt với sự phát triển của CT đa dãy (≥ 64 lát) trong việc khảo sát đánh giá khối u, không chỉ giúp xác định vị trí và kích thước khối u mà còn cung cấp thông tin về tình trạng tưới máu gan, điều này rất quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Hơn nữa, ngoài giá trị chẩn đoán, CLVT còn được sử dụng để theo dõi và đánh giá sau điều trị UTBMTBG theo nhiều hướng dẫn hiện hành [3].

Hiện nay, phẫu thuật cắt u gan, ghép gan là phương pháp được lựa chọn trong điều trị UTBMTBG, nhưng điều trị cũng gặp nhiều khó khăn ở bệnh nhân có thể trạng kém, kèm theo có các bệnh nền như tim mạch, đái tháo đường, cơ xương khớp, lão suy, đặc biệt là tâm lý e ngại phẫu thuật của người bệnh và gia đình [4]. Một hướng điều trị khác là TACE thường được lựa chọn ở bệnh nhân không còn khả năng phẫu thuật, đem lại hiệu quả cao trong điều trị UTBMTBG và được áp dụng phổ biến, rộng rãi trên nhiều quốc gia [5]. TACE cũng được sử dụng để làm chậm tiến trình của UTBMTBG khi người bệnh đợi ghép gan để làm giảm tỷ lệ người bệnh bị loại khỏi danh sách chờ ghép.

Trên thực tế đã có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước chứng minh hiệu quả và nhiều khía cạnh khác nhau của điều trị UTBMTBG bằng nút mạch hóa chất TACE trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan [6], [7]. Đánh giá đáp ứng điều trị sau TACE có vai trò quan trọng trong tiên lượng và định hướng chiến lược điều trị tiếp theo. Trong những năm gần đây, tiêu chuẩn mRECIST được khuyến cáo sử dụng rộng rãi trong UTBMTBG điều trị tại chỗ. Tuy nhiên, dữ liệu có hệ thống về vấn đề này vẫn còn khan hiếm tại Thành phố Cần Thơ. Vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm hình ảnh học UTBMTBG tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ; 2) Đánh giá kết quả điều trị UTBMTBG sau 6 tháng nút mạch bằng hóa chất tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 6/2025 đến 1/2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào gan theo tiêu chuẩn của Bộ Y Tế [3]. Bệnh nhân có chỉ định điều trị can thiệp bằng nút mạch hóa chất với các chỉ định: Khối u không cắt được hoặc có nhiều u ở cả hai thùy, chưa có xâm nhập mạch máu và chưa có di căn ngoài gan, trên bệnh nhân có PS 0-2, chức năng gan là Child Pugh A, B [3]. Khối u nhỏ nhưng không thể thực hiện đốt u được do vị trí khó hay do có các bệnh lý đi kèm làm tăng nguy cơ biến chứng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh lý nặng phối hợp như suy tim, nhồi máu cơ tim, suy thận. Bệnh nhân có tiền sử dị ứng iod. Bệnh nhân xơ gan giai đoạn Child-Pugh C. Bệnh nhân ung thư gan thể đa ổ, lan toả khắp cả gan hoặc do di căn từ cơ quan khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức ước lượng cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu nghiên cứu.

$Z_{1-\alpha/2}$ là trị số phân phối chuẩn, α là sai lầm loại I, chọn $\alpha = 5\%$, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

p là tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn theo phân loại RECIST sau 6 tháng điều trị UTBMTBG bằng hóa chất. Theo nghiên cứu của Đào Thị Oanh và cộng sự (2025) tỷ lệ này là 2,0% [8]. Chọn p = 0,02.

d là sai số cho phép, chọn d = 0,05.

Thay vào công thức tính được n = 31 bệnh nhân. Dự trù mất mẫu 10% trong quá trình theo dõi và điều trị. Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 34 bệnh nhân. Thực tế trong thời gian nghiên cứu chúng tôi tuyển chọn được 35 bệnh nhân phù hợp.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới tính.

+ Đặc điểm khối u gan: vị trí u theo hạ phân thùy, tăng sinh mạch của khối u, kích thước u (20-50 mm, > 50 mm), động mạch nuôi u gan, số lượng khối u.

+ Đặc điểm khối u trên chụp CLVT: trên phim không tiêm thuốc cản quang (tăng, giảm, đồng nhất tỷ trọng), tính chất ngấm thuốc thì động mạch (mạnh, yếu), đặc điểm thải thuốc thì tĩnh mạch (có, không), thải thuốc thì muện (có, không), huyết khối tĩnh mạch cửa (có, không).

+ Đặc điểm u sau TACE 6 tháng: số lần nút mạch, thay đổi kích thước u, thay đổi tăng sinh mạch.

+ Đáp ứng theo tiêu chuẩn mRECIST: tiến triển, ổn định, đáp ứng một phần, đáp ứng hoàn toàn.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Phiếu thu thập số liệu, hệ thống chụp cắt lớp vi tính tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Dùng phần mềm SPSS phiên bản 26.0 để xử lý số liệu. Các biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (TB $\pm$ ĐLC). Các biến định lượng có phân phối không chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị (Q1-Q3). Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Sử dụng kiểm định t-test (cho biến phân phối chuẩn) hoặc Mann-Whitney U (cho biến phân phối không chuẩn) để so sánh ở các biến định lượng.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số 24.361.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30 tháng 06 năm 2025. Địa điểm triển khai nghiên cứu được duyệt thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 06/2025 đến tháng 01/2026, tổng cộng có 35 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan thỏa tiêu chuẩn đồng ý tham gia nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân đều từ 40 tuổi trở lên và phần lớn là nam giới (85,7%).

3.1. Đặc điểm hình ảnh học ung thư biểu mô tế bào gan trên cắt lớp vi tính

Bảng 1. Đặc điểm về vị trí, kích thước và số lượng ung thư biểu mô tế bào gan

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí u theo hạ phân thùy	Hạ phân thùy I	2	5,7
	Hạ phân thùy II	3	8,6
	Hạ phân thùy III	4	11,4
	Hạ phân thùy IV	7	20,0
	Hạ phân thùy V	7	20,0
	Hạ phân thùy VI	11	31,4
	Hạ phân thùy VII	15	42,9
	Hạ phân thùy VIII	20	57,1
Tăng sinh mạch của khối u	Có	13	37,1
	Không	22	62,9
Kích thước của khối u	20-50 mm	18	51,4
	> 50 mm	17	48,6
Động mạch nuôi u gan	Động mạch trong gan	28	80,0
	Động mạch ngoài gan	7	20,0
Số lượng khối u	1	9	25,7
	2	5	14,3
	3	21	60,0

Nhận xét: Về đặc điểm u, chúng tôi ghi nhận phần lớn u thuộc hạ phân thùy VIII và VII (57,1% và 42,9%). Khoảng một phần ba có tăng sinh mạch của khối u và hơn một nửa có kích thước u 20-50 mm. Phần lớn bệnh nhân có ba khối u (chiếm 60,0%).

Bảng 2. Đặc điểm khối u trên cắt lớp vi tính

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm khối u trên CLVT không tiêm thuốc cản quang	Tăng tỷ trọng	6	17,1
	Giảm tỷ trọng	27	77,2
	Đồng nhất	2	5,7
Tính chất ngấm thuốc thì động mạch	Mạnh	33	94,3
	Kém	2	5,7
Đặc điểm thải thuốc thì tĩnh mạch	Thải thuốc	31	88,6

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm thải thuốc thì muộn	Không thải thuốc	4	11,4
	Thải thuốc	31	88,6
	Không thải thuốc	4	11,4
Huyết khối tĩnh mạch cửa	Có	7	20,0
	Không	28	80,0

Nhận xét: Về đặc điểm trên phim CLVT, chúng tôi ghi nhận, phần lớn khối u giảm tỷ trọng (77,2%). Hầu hết ngấm thuốc thì động mạch mạnh (94,3%) và hầu hết có thải thuốc thì tĩnh mạch và thì muộn (cùng chiếm 88,6%). Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch cửa là 20,0%.

3.2. Kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan sau 6 tháng nút mạch hóa chất

Bảng 3. Đặc điểm u sau TACE 6 tháng

Kích thước u		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thay đổi kích thước u		24	68,6
Thay đổi tăng sinh mạch		17	48,6
Số lần nút mạch	1	16	45,7
	2	18	51,4
	3	1	2,9

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận trong 6 tháng, đa phần bệnh nhân cần nút mạch 2 lần (chiếm 51,4%). Hơn hai phần ba bệnh nhân có thay đổi kích thước u. Tỷ lệ thay đổi tăng sinh mạch là 48,6%.

Bảng 4. Đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn mRECIST sau nút mạch

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	11	31,4
Đáp ứng một phần	14	40,0
Ổn định	9	25,7
Tiến triển	1	2,9

Nhận xét: Kết quả ghi nhận đa phần bệnh nhân đáp ứng một phần, chiếm 40,0%. Kế đến, đáp ứng hoàn toàn chiếm 31,4%. Có 25,7% bệnh nhân ổn định sau điều trị nút mạch và 2,9% bệnh nhân tiến triển.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm hình ảnh học ung thư biểu mô tế bào gan trên cắt lớp vi tính

Trong nghiên cứu trên 35 bệnh nhân UTBMTBG tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, chúng tôi ghi nhận khối u gặp nhiều nhất ở hạ phân thùy VIII (57,1%), tiếp theo hạ phân thùy VII (42,9%) và hạ phân thùy VI (31,4%). Kích thước u thường gặp 20-50 mm (51,4%), tăng sinh mạch ghi nhận (37,1%) và động mạch nuôi u chủ yếu là động mạch trong gan (80,0%). U nhiều ổ chiếm ưu thế, với số lượng 3 u gặp nhiều nhất (60,0%). Trên CLVT không tiêm thuốc cản quang, u chủ yếu giảm tỷ trọng (77,2%). Ở thì động mạch, hầu hết trường hợp đều ngấm thuốc mạnh (94,3%), dấu thải thuốc ở thì tĩnh mạch và thì muộn đều gặp (88,6%), huyết khối tĩnh mạch cửa ghi nhận (20,0%). Sau nút mạch hóa chất 6 tháng, đa số trường hợp có thay đổi kích thước u (68,6%) và thay đổi tăng sinh mạch (48,6%), số lần can thiệp thường gặp nhất là 2 lần (51,4%). Đáp ứng theo mRECIST gồm đáp ứng hoàn toàn (31,4%), đáp ứng một phần (40,0%) và bệnh ổn định (25,7%) và 1 trường hợp tiến triển (2,9%).

Về đặc điểm u, kết quả cho thấy khối u chủ yếu khu trú ở các hạ phân thùy sau của gan phải, đặc biệt là hạ phân thùy VIII (57,1%) và VII (42,9%). Phân bố này phù hợp với đặc điểm giải phẫu và tưới máu của gan phải, nơi nhận phần lớn lưu lượng máu từ tĩnh mạch cửa và động mạch gan phải, đồng thời là vị trí thường ghi nhận UTBMTBG trong nhiều nghiên cứu [9], [10]. Khối u có kích thước 20–50 mm chiếm 51,4%, có 48,6% u có kích thước trên 50 mm và bệnh cảnh đa ổ chiếm ưu thế, trong đó ba khối u gặp nhiều nhất (60,0%). Tương tự, nghiên cứu của tác giả Doãn Văn Ngọc và Hoàng Đình Âu cũng ghi nhận tỷ lệ u có kích thước trên 5 cm chiếm 44,9% [9]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Hùng và cộng sự (2025) cũng ghi nhận tỷ lệ u đa ổ chiếm đến 40% [11]. Đặc điểm này phản ánh nhóm bệnh nhân ở giai đoạn trung gian, phù hợp với chỉ định nút mạch hóa chất (TACE) theo thực hành lâm sàng hiện nay, khi phẫu thuật hoặc đốt u không còn khả thi.

Về hình ảnh học, trên CLVT không tiêm thuốc cản quang, đa số u giảm tỷ trọng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Doãn Văn Ngọc và Hoàng Đình Âu (2023), ghi nhận u giảm tỷ trọng là 84,6%. Trên phim CLVT có tiêm thuốc, ở thì động mạch, hầu hết các trường hợp đều có ngấm thuốc mạnh, đồng thời dấu hiệu thải thuốc ở thì tĩnh mạch và thì muộn cũng chiếm 88,6%. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Huyền Tôn Nữ Hồng Hạnh và cộng sự (2021) cũng ghi nhận hầu hết biểu hiện UTBMTBG trên chụp CLVT là ngấm thuốc mạnh thì động mạch [7]. Kết quả này cũng đồng nhất với một số nghiên cứu khác [9]. Kiểu ngấm thuốc tăng quang thì động mạch – thải thuốc thì muộn là đặc trưng kinh điển của UTBMTBG, phản ánh sự hình thành hệ thống động mạch tân sinh ưu thế và giảm cấp máu từ hệ cửa. Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch cửa 20,0% cho thấy vẫn tồn tại một nhóm bệnh nhân có mức độ xâm lấn mạch máu, yếu tố tiên lượng bất lợi và có thể ảnh hưởng đến hiệu quả TACE. Những kết quả này khẳng định vai trò quan trọng của CLVT đa thì trong chẩn đoán xác định, đánh giá mức độ lan rộng và lựa chọn chiến lược điều trị.

4.2. Kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan sau 6 tháng nút mạch hóa chất

Sau 6 tháng điều trị TACE, đa số bệnh nhân cần can thiệp hai lần và ghi nhận thay đổi kích thước u ở hơn hai phần ba trường hợp, thay đổi tăng sinh mạch ở 48,6%. Điều này phù hợp với cơ chế tác động của TACE, vừa gây tắc mạch nuôi u vừa đưa hóa chất trực tiếp vào khối u, dẫn đến hoại tử u và giảm tưới máu. Đánh giá theo tiêu chuẩn mRECIST cho thấy đáp ứng hoàn toàn 31,4%, đáp ứng một phần 40,0% và bệnh ổn định 25,7%. Kết quả này gần tương đồng với một số dữ liệu trước đây. Cụ thể, tác giả Nguyễn Đức Hùng ghi nhận tỷ lệ đáp ứng với TACE sau 3-6 tháng là 46,2% hoàn toàn và 31,0% đáp ứng một phần [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn có xu hướng thấp hơn do phần lớn bệnh nhân có u đa ổ, với tỷ lệ 3 u lên đến 60%, được xem là một yếu tố tiên lượng đáp ứng không hoàn toàn với TACE đã được chứng minh [10]. Việc áp dụng mRECIST – tiêu chuẩn dựa trên phần mô u còn tăng quang – cho phép đánh giá chính xác hơn hiệu quả điều trị so với chỉ đo kích thước đơn thuần. Tỷ lệ đáp ứng khả quan cao trong nghiên cứu cho thấy TACE là phương pháp hiệu quả ở nhóm bệnh nhân được lựa chọn phù hợp, đặc biệt trong bối cảnh bệnh ở giai đoạn trung gian và chức năng gan còn bảo tồn.

Bên cạnh những phát hiện thu được, nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại một số hạn chế quan trọng. Thứ nhất, cỡ mẫu nhỏ và được thực hiện tại một trung tâm đơn lẻ, do đó hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả. Thiết kế mô tả cắt ngang và thời gian theo dõi 6 tháng chưa cho phép đánh giá đầy đủ về thời gian sống thêm toàn bộ hoặc sống thêm không tiến triển. Ngoài ra, nghiên cứu chưa phân tích mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh ban đầu với mức độ đáp ứng sau TACE, cũng như chưa so sánh với các phương pháp điều

trị khác. Các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế tiến cứu và theo dõi dài hạn là cần thiết để củng cố thêm giá trị tiên lượng của đặc điểm CLVT và hiệu quả lâu dài của TACE trong UTBMTBG.

V. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được nút mạch hóa chất, khối u thường khu trú ở các hạ phân thùy sau của gan phải và có kiểu ngấm thuốc thì động mạch kèm thải thuốc điển hình trên CLVT. Sau 6 tháng, đa số bệnh nhân đạt đáp ứng khách quan theo mRECIST, cho thấy TACE là phương pháp hiệu quả ở nhóm bệnh nhân được lựa chọn phù hợp, đặc biệt trong bối cảnh bệnh ở giai đoạn trung gian.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyen T. P., Luu H. N., Nguyen M. V. T., Tran M. T., Tuong T. T. V., *et al.* Attributable Causes of Cancer in Vietnam. *JCO global oncology*. 2020. 6,195-204, doi:10.1200/jgo.19.00239.
 2. Bray F. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2018. 68(6), 394-424, doi:10.3322/caac.21492.
 3. Bộ Y tế. Quyết định số 3129/QĐ/BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Bộ Y tế. 2020.
 4. Tô Vũ Thanh Phong. Đánh giá kết quả TACE điều trị ung thư biểu mô tế bào gan ở bệnh nhân trên 80 tuổi. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2021. Luận văn Thạc sĩ Y học.
 5. Sergio A. Transcatheter arterial chemoembolization (TACE) in hepatocellular carcinoma (HCC): the role of angiogenesis and invasiveness. *American Journal of Gastroenterology*. 2008. 103(4), 914-921, doi:10.1111/j.1572-0241.2007.01712.x.
 6. Nguyễn Công Long, Lưu Thị Minh Diệp. Đánh giá hiệu quả điều trị TACE ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan khối u gan kích thước trên và dưới 5 cm. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 512(1), 191-194, doi:10.51298/vmj.v512i1.2228.
 7. Huyền Tôn Nữ Hồng Hạnh, Hoàng Anh Dũng, Ngô Đắc Hồng Ân, Lê Minh Tuấn, Đặng Quang Hùng, *et al.* Giá trị của cắt lớp vi tính trong đánh giá mạch máu của ung thư biểu mô tế bào gan có chỉ định nút mạch hóa chất. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Huế*. 2021. (73), 47-52, doi:10.38103/jcmhch.2021.73.8.
 8. Đào Thị Oanh, Nguyễn Phúc Kiên, Đặng Thị Minh Huệ. Kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp nút mạch hóa chất động mạch gan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ năm 2020-2022. *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*. 2025. 20(10), 72-80, doi:10.52389/ydls.v20i0.2764.
 9. Doãn Văn Ngọc, Hoàng Đình Âu. Đặc điểm hình ảnh và vai trò cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 524(2), doi:10.51298/vmj.v524i2.4848.
 10. Renzulli M., Brandi N., Pecorelli A., Pastore L. V., Granito A., *et al.* Segmental Distribution of Hepatocellular Carcinoma in Cirrhotic Livers. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*. 2022. 12(4), doi:10.3390/diagnostics12040834.
 11. Nguyễn Đức Hùng, Nguyễn Đức Cường, Lê Trọng Bình, Bùi Vĩ Nhân, Hồ Danh Tuấn, *et al.* Đánh giá hiệu quả kỹ thuật nút mạch hóa chất (TACE) trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới. *Tạp Chí Y học Cộng đồng*. 2026. 67(CĐ2-NCKH), 62-67, doi:10.52163/yhc.v67iCD2.4420.
-