

DOI: 10.59715/pntjmp.2.2.8

Phương pháp điều trị và sống còn trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan

Trần Thị Thu Cúc¹, Võ Hồng Minh Công¹, Chung Mỹ Ngọc¹

¹Khoa Nội Tiêu hóa Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Tóm tắt

Mở đầu: Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một trong những loại ung thư phổ biến nhất toàn trên thế giới. Theo báo cáo của Tổ chức ghi nhận ung thư toàn cầu (GLOBOCAN) năm 2020 ghi nhận có thêm 905.677 ca bệnh mới và đứng hàng thứ 6 trong các loại ung thư ở cả hai giới. Với sự nỗ lực trong việc tầm soát phát hiện sớm bệnh và những tiến bộ mới trong phương pháp điều trị nhưng tỉ lệ tử vong của bệnh nhân UTBMTBG vẫn còn cao với tỉ lệ là 8,3%, đứng hàng thứ ba sau ung thư phổi và ung thư đại trực tràng.

Mục tiêu: Tỉ lệ sống còn 5 năm và ảnh hưởng của phương pháp điều trị lên sống còn 5 năm của bệnh nhân UTBMTBG.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu. Chúng tôi thu nhận 334 trường hợp UTBMTBG đến khám và điều trị tại bệnh viện Nhân dân Gia Định (BV NDGD) trong khoảng thời gian từ 01/01/2016 đến ngày 31/12/2020. Bệnh nhân được theo dõi ghi nhận các kết cục: sống, tử vong hoặc mất dấu theo dõi cho đến khi kết thúc nghiên cứu. Phân tích hồi quy Cox khảo sát mối liên quan giữa sống còn 5 năm với các phương pháp điều trị. Dữ liệu được phân tích trên phần mềm thống kê mã nguồn mở R phiên bản 3.2.5.

Kết quả: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 62,7 tuổi, bệnh nhân trẻ nhất là 29 tuổi và lớn tuổi nhất là 91 tuổi. Tỉ lệ Nam: Nữ là 3:1, với 262 bệnh nhân nam (78,4%) và 72 bệnh nhân nữ (21,6%). Nghiên cứu ghi nhận 103 trường hợp tử vong chiếm tỉ lệ 30,8%. Tỉ lệ sống còn 5 năm là 36,9% (KTC 95% 26,9 - 50,6%), tỉ lệ sống còn 3 năm là 58,7% (KTC 95% 51,7 - 66,6%), tỉ lệ sống còn 2 năm là 68,6% (KTC 95% 62,7 - 75%) và tỉ lệ sống còn 1 năm là 79,8% (KTC 95% 75 - 84,6%). Đa số các trường hợp trong mẫu nghiên cứu được điều trị bằng phương pháp TACE (37,3%) và phối hợp nhiều phương thức điều trị. Nhóm bệnh nhân chỉ điều trị chăm sóc giảm nhẹ có tỉ lệ tử vong cao, trong khi các bệnh nhân trong nhóm điều trị bằng phương pháp TACE, RFA, phẫu thuật và điều trị đa mô thức có tỉ lệ sống cao. Ngoài ra, ở nhóm bệnh nhân được điều trị bằng Sorafenib có tỉ lệ sống và tử vong là như nhau. Phối hợp đa mô thức (HR = 0,03, KTC95% 0,01 - 0,06; p < 0,01) và RFA (HR = 0,03; KTC 95% 0 - 0,22; p < 0,001) giúp giảm nguy cơ tử vong đáng kể so với điều trị giảm nhẹ.

Kết luận: Phối hợp điều trị đa mô thức và RFA giúp giảm nguy cơ tử vong đáng kể. Các trường hợp RFA là các trường hợp phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, điều này cho thấy rằng việc theo dõi các đối tượng nguy cơ UTBMTBG và phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng sống còn UTBMTBG.

Từ khóa: UTBMTBG, sống còn.

Abstract

Treatment patterns and survival in hepatocellular carcinoma

Background: Hepatocellular carcinoma (HCC) is one of the most common cancers in the world. According to the GLOBOCAN report in 2020, there were an estimated

Ngày nhận bài:

20/02/2023

Ngày phân biện:

06/3/2023

Ngày đăng bài:

20/4/2023

Tác giả liên hệ:

Trần Thị Thu Cúc

Email: ttthucuc061089@

gmail.com

ĐT: 0792111847

905.677 new cases, ranking sixth among the most common cancers in both sexes. The 5 - year survival rate of individuals with HCC is still low despite several attempts in screening for early diagnosis of the disease and improvements in treatment methods.

Objectives: 5 - year survival rate and effect of treatment patterns on 5 - year survival in HCC.

Materials and Methods: In this retrospective cohort study, we examined the medical records of 334 HCC patients who were registered in Gia Định from January 1, 2016 to December 31, 2020. Patients were monitored for the following outcomes: survival, death, or loss of follow - up until the end of the study. Kaplan - Meier were used for examining the association between 5 - year survival and treatments by Cox regression. Data were analyzed on the open source statistical software R version 3.2.5.

Results: The youngest patient was 29 years old, while the oldest was 91 years old. The mean age was 62.7 years. With 262 male patients (78.4%) and 72 female patients (21.6%), the male: female ratio is 3:1. A total of 103 patients (30.8%) died. The 5 - year survival rate was 36.9% (95% CI 26.9 - 50.6%), the 3 - year survival rate was 58.7% (95% CI 51.7 - 66.6%), the 2 - year survival rate is 68.6% (95% CI 62.7 - 75%), the 1 - year survival rate is 79.8% (95% CI 75 - 84.6%). Most of the cases in the study sample were treated with TACE method (37.3%) and a combination therapy. The palliative care group had a high mortality rate, while the patients in the TACE, RFA, surgery, and multiple therapy groups had a high survival rate. In addition, in the group of patients treated with Sorafenib, survival and mortality were similar. Multiple therapy (HR = 0.03, 95% CI 0.01 - 0.06; $p < 0.01$) and RFA (HR = 0.03; 95% CI 0 - 0.22; $p < 0.001$) significantly reduced the risk of death compared with palliative treatment.

Conclusion: The risk of death is greatly decreased by the combined therapy and RFA. RFA is a technique utilized for patients who are in the early stages of the disease, which demonstrates the importance of monitoring subjects who are at risk for developing HCC and early disease diagnosis in the outlook for HCC survival.

Key word: HCC, survival rate.

1. MỞ ĐẦU

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một trong những loại ung thư phổ biến trên toàn thế giới. Theo báo cáo của Tổ chức ghi nhận ung thư toàn cầu (GLOBOCAN) năm 2020 ghi nhận có thêm 905.677 ca bệnh mới và đứng hàng thứ 6 trong các loại ung thư ở cả hai giới. Với sự nỗ lực trong việc tầm soát phát hiện sớm bệnh và những tiến bộ mới trong phương pháp điều trị nhưng tỉ lệ tử vong của bệnh nhân UTBMTBG vẫn còn cao với tỉ lệ là 8,3%, đứng hàng thứ ba sau ung thư phổi và ung thư đại trực tràng [1]. Trong một nghiên cứu phân tích hệ thống và phân tích tổng hợp năm 2019 về tỉ lệ sống còn của BN UTBMTBG tại các quốc gia Châu Á ghi nhận tỉ lệ sống còn sau 1 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt là 34,8% (KTC 95% 30,3 - 39,3), 19% (KTC 95% 16,2 - 21,8) và 18,1% (KTC 95% 16,2 - 20,1). Ngoài ra, nghiên cứu cũng cho thấy tỉ lệ sống còn của BN UTBMTBG ở Châu Á thấp hơn Châu Âu và Bắc Mỹ do thiếu phương

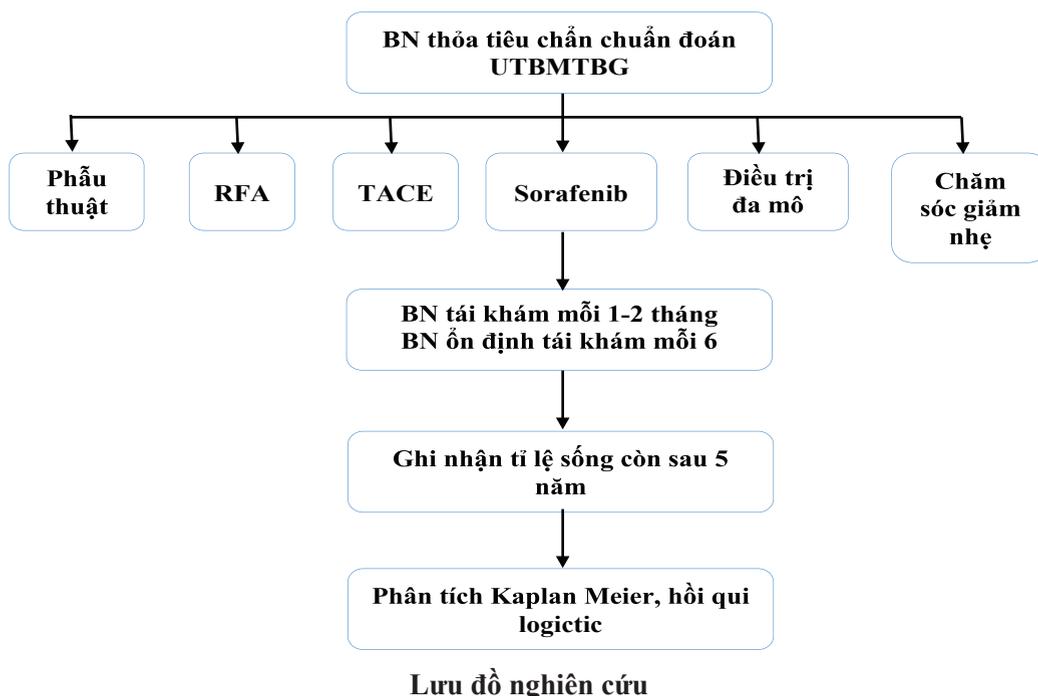
tiện chẩn đoán và tuổi cao tại thời điểm phát hiện bệnh, riêng chỉ có Hàn Quốc và Nhật Bản có tỉ lệ sống còn tương tự với các nước Châu Âu và Châu Mỹ [2]. Tại TP HCM, BV NDGD hiện đã có gần như đầy đủ các phương pháp điều trị, tuy nhiên vẫn chưa có số liệu thống kê cụ thể về sống còn sau điều trị cũng như ảnh hưởng của các phương pháp điều trị lên sống còn của BN UTBMTBG. Điều này đã thúc đẩy tôi tiến hành nghiên cứu về tỉ lệ sống còn của BN UTBMTBG tại BV NDGD và ảnh hưởng của các phương pháp điều trị lên sống còn 5 năm của BN UTBMTBG.

2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU: (1) Tỉ lệ sống còn 5 năm và (2) ảnh hưởng của phương pháp điều trị lên sống còn 5 năm của BN UTBMTBG.

- Phương pháp nghiên cứu:
- Thiết kế nghiên cứu: đoàn hệ hồi cứu
- Đối tượng nghiên cứu: tất cả các BN UTBMTBG được chẩn đoán và điều trị tại BV NDGD

- Tiêu chuẩn nhận bệnh
- Tất cả các BN UTBMTBG được chẩn đoán và điều trị tại BV NDGD
- Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư gan thứ phát
- Các bệnh lý nội khoa - ngoại khoa nặng phối hợp
- Tình trạng sức khỏe kém, đang điều trị tại khoa hồi sức tích cực chống độc



Phương pháp thống kê

Định nghĩa biến số

- Chẩn đoán xác định UTBMTBG [3, 4, 5] khi có một trong 3 tiêu chuẩn sau:

- Có bằng chứng giải phẫu bệnh là UTBMTBG.

- Hình ảnh điển hình trên CT scan ổ bụng có cản quang hoặc cộng hưởng từ (MRI) ổ bụng có cản từ và AFP > 400 ng/mL.

- Hình ảnh điển hình trên CT scan ổ bụng có cản quang hoặc cộng hưởng từ (MRI) ổ bụng có cản từ và AFP tăng cao hơn bình thường nhưng chưa đến 400 ng/mL và có nhiễm virus viêm gan B hoặc C. Có thể làm sinh thiết gan để chẩn đoán xác định nếu bác sĩ lâm sàng thấy cần thiết.

- Các trường hợp không đủ tiêu chuẩn trên phải làm sinh thiết gan để chẩn đoán xác định.

- Hình ảnh điển hình trên CT scan ổ bụng hoặc MRI ổ bụng có chất tương phản là khối u tăng quang thì động mạch và thải thuốc thì tĩnh mạch cửa hay thì muộn.

- Phân loại BCLC 2022

Chia thành 5 giai đoạn như sau [6]:

- BCLC - 0: giai đoạn rất sớm với u là nốt

đơn độc ≤ 2 cm, xơ gan Child A và điểm toàn trạng ECOG-PS = 0 điểm.

- BCLC - A: giai đoạn sớm với u từ 1 đến 3 nốt, kích thước u ≤ 3 cm, xơ gan Child A và điểm toàn trạng ECOG - PS = 0 điểm.

- BCLC - B: giai đoạn trung gian, u đa ổ, xơ gan child A hoặc B, điểm toàn trạng ECOG - PS = 0, chưa xâm lấn TMC và không di căn ngoài gan.

- BCLC - C: giai đoạn tiến triển, u xâm lấn tĩnh mạch cửa, xuất hiện di căn ngoài gan, chức năng gan vẫn còn bảo tồn (xơ gan child B), ECOG - PS = 1 - 2 điểm.

- BCLC - D: giai đoạn cuối với chức năng gan xấu, xơ gan child C, bất kể đặc điểm u, điểm toàn trạng ECOG - PS = 3 - 4 điểm.

- Định nghĩa về kết cục

- Kết cục tử vong: BN được ghi nhận tử vong do mọi nguyên nhân tại bệnh viện theo hồ sơ bệnh án hoặc xuất nặng theo yêu cầu và được xác nhận đã tử vong sau khi liên lạc hỏi qua điện thoại.

- Mất dấu: được định nghĩa là bệnh nhân trở nên hơn 6 tháng kể từ lần tái khám cuối, không liên lạc được điện thoại để biết thông tin cuối.

Thời điểm mất dấu được tính tại thời điểm cuối cùng BN đến khám.

- Thời gian theo dõi: là khoảng thời gian được tính bằng cách lấy thời điểm tử vong (nếu BN tử vong) hoặc thời điểm mất dấu BN (nếu BN mất dấu theo dõi) hoặc thời điểm kết thúc nghiên cứu (nếu BN còn sống) trừ đi thời điểm BN được nhận vào nghiên cứu, đơn vị tính bằng tháng

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu từ 01/01/2016 đến ngày 31/12/2020 chúng tôi đã thu nhận 334 trường hợp với kết quả như sau:

Về đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu 62,7 tuổi, bệnh nhân trẻ nhất là 29 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 91 tuổi. BN nam chiếm tỉ lệ cao hơn nữ tỉ lệ Nam: Nữ là 3:1, với nam là 262 bệnh nhân (78,4%) và 72 nữ bệnh nhân (21,6%).

Bảng 1: Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm chung	N (%)
Yếu tố bệnh nguyên	
VGVR B	159 (47,6)
VGVR C	129 (38,6)
Đông nhiễm B,C	10 (3)
Nguyên nhân khác	36 (10,8)

Đặc điểm chung	N (%)
Chức năng gan theo Child-Pugh	
Child - Pugh A	246 (73,7)
Child - Pugh B	72 (21,5)
Child - Pugh C	16 (4,8)
Điểm MELD - Na	
Trung vị (BPV1 - BPV3)	10 (9-13)
Phân giai đoạn bệnh theo BCLC	
BCLC - 0	26 (7,8)
BCLC - A	55 (16,5)
BCLC - B	161 (48,2)
BCLC - C	76 (22,8)
BCLC - D	16 (4,7)

Về sống còn 5 năm của BN UTBMTBG

Trong thời gian theo dõi 5 năm, chúng tôi ghi nhận 103 trường hợp tử vong chiếm tỉ lệ 30,8%. Thời gian sống còn trung bình là 18,8 tháng, trung vị 14 tháng, BPV 25% là 5 tháng, BPV 75% là 28,75 tháng, thời gian sống theo dõi dài nhất 60 tháng, ngắn nhất 0 tháng.

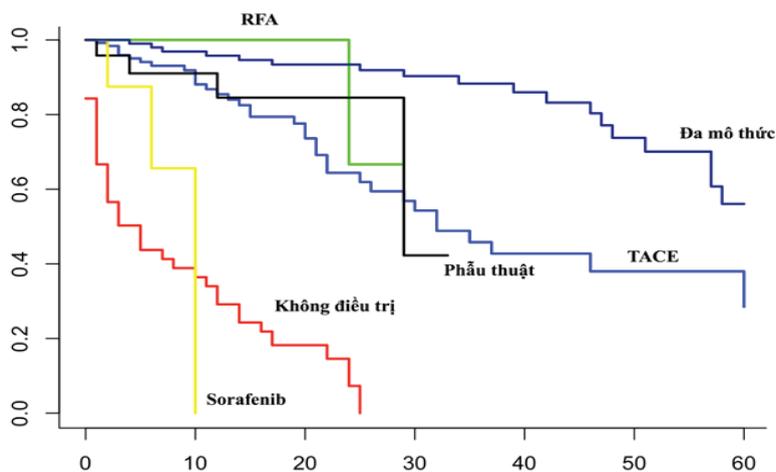
Tỉ lệ sống còn 5 năm là 36,9% (KTC 95% 26,9 - 50,6%), tỉ lệ sống còn 3 năm là 58,7% (KTC 95% 51,7 - 66,6%), tỉ lệ sống còn 2 năm là 68,6% (KTC 95% 62,7 - 75%) và tỉ lệ sống còn 1 năm là 79,8% (KTC 95% 75 - 84,6%).

Bảng 2: Tử vong và phương pháp điều trị

Phương thức điều trị	Sống N (%)		Tử vong N (%)		Tổng N (%)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Chăm sóc giảm nhẹ	10	(19,6)	41	(80,4)	51	(15,3)
TACE	91	(72,2)	35	(27,8)	126	(37,3)
RFA	18	(94,7)	1	(5,3)	19	(5,7)
Phẫu thuật	20	(83,3)	4	(16,7)	24	(7,2)
Sorafenib	4	(50)	4	(50)	8	(2,4)
Điều trị đa mô thức	88	(83)	18	(17)	106	(31,7)
Tổng	231	(69,2)	103	(30,8)	334	(100)

Nhận xét: Đa số các trường hợp trong mẫu nghiên cứu được điều trị bằng phương pháp TACE (37,3%) và phối hợp nhiều phương thức điều trị.

Trong đó, nghiên cứu cũng cho thấy nhóm bệnh nhân chỉ điều trị chăm sóc giảm nhẹ có tỉ lệ tử vong cao, trong khi các bệnh nhân trong nhóm điều trị bằng phương pháp TACE, RFA, phẫu thuật và điều trị đa mô thức có tỉ lệ sống cao. Ngoài ra, ở nhóm bệnh nhân được điều trị bằng Sorafenib có tỉ lệ sống và tử vong là như nhau.



Biểu đồ 1: Mối liên quan giữa sống còn toàn bộ và phương pháp điều trị

Bảng 3: Mối liên quan giữa sống còn toàn bộ và phương thức điều trị

Biến độc lập	HR	Khoảng tin cậy 95%	Giá trị p
TACE	0,11	0,07 - 0,19	< 0,01
RFA	0,03	0 - 0,22	< 0,01
Phẫu thuật	0,11	0,03 - 0,3	< 0,01
Sorafenib	0,73	0,25 - 2,06	0,6
Đa mô thức	0,03	0,01 - 0,06	< 0,01

Nhận xét: Khi so sánh sống còn toàn bộ giữa nhóm được điều trị bằng phương pháp TACE và nhóm chăm sóc giảm nhẹ kết quả cho thấy nhóm TACE có nguy cơ tử vong giảm 89% so với nhóm chăm sóc giảm nhẹ với HR 0,11; KTC 95% 0,07 - 0,19; $p < 0,001$.

Nghiên cứu cũng cho thấy điều trị bằng RFA có nguy cơ tử vong giảm 97% so với nhóm chăm sóc giảm nhẹ với HR 0,03; KTC 95% 0 - 0,22; $p < 0,001$.

Nhóm được phẫu thuật cắt gan có nguy cơ tử vong giảm 89% so với nhóm chăm sóc giảm nhẹ với HR 0,11; KTC 95% 0,03 - 0,3; $p < 0,001$.

Nhóm điều trị bằng sorafenib có nguy cơ tử vong giảm 27% so với nhóm chăm sóc giảm nhẹ, tuy nhiên, sự khác biệt này lại không có ý nghĩa thống kê (HR 0,73: KTC 95% 0,25 - 2,06; $p = 0,6$).

Nhóm được điều trị bằng đa mô thức có nguy cơ tử vong giảm 97% so với nhóm chăm sóc giảm nhẹ (HR 0,03; KTC 95% 0,01 - 0,06; $p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận thời gian sống còn trung bình 18,8 tháng, trung vị 14 tháng, BPV 25% là 5 tháng, BPV 75% là 28,8 tháng, thời gian sống theo dõi dài nhất 60 tháng, ngắn nhất 0 tháng. Tỉ lệ sống còn 1 năm là 79,8% (KTC 95% 75 - 84,6%), tỉ lệ sống còn 2 năm là 68,6% (KTC 95% 62,7 - 75%), tỉ lệ sống còn 3 năm là

58,7% (KTC 95% 51,7 - 66,6%), tỉ lệ sống còn 5 năm là 36,9% (KTC 95% 26,9 - 50,6%).

Một nghiên cứu hồi cứu tại Trung Quốc do tác giả Wang và cộng sự thực hiện, nghiên cứu này khảo sát trên 2887 BN UTBMTBG từ tháng 1 năm 2002 đến tháng 12 năm 2015 (người bệnh được chẩn đoán UTBMTBG dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán ung thư gan năm

2001). Nghiên cứu cho thấy sống còn toàn bộ 1 năm, 2 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt 49,3%, 35,3%, 26,6% và 19,5%⁷. Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sống còn của BN giảm dần theo thời gian tính từ lúc chẩn đoán UTBMTBG được xác định, tỉ lệ sống còn 5 năm của BN UTBMTBG cao hơn nhiều so với các kết quả nghiên cứu của tác giả Aras Sarveazad và Xiaotao Zhang với tỉ lệ sống còn 5 năm nhỏ hơn 10%, lần lượt là 8,37% và 8,1% [8, 9]. Tương tự khi đánh giá tại những mốc thời điểm sớm hơn, chúng tôi cũng ghi nhận BN sống còn nhiều hơn so với các nghiên cứu khác. Tỉ lệ sống còn sau 1 năm chẩn đoán UTBMTBG trong nghiên cứu của tác giả Sarveazad là 60,5% [8], tương đương với báo cáo của tác giả Otto và cộng sự là 62% [10], nhưng thấp hơn so với tỉ lệ 79,8% chúng tôi ghi nhận được. Tại thời điểm 3 năm sau chẩn đoán UTBMTBG, tác giả Sarveazad và Bordoni lần lượt báo cáo tỉ lệ sống còn của BN là 27,6% và 19% [8, 11], đều thấp hơn nhiều so với tỉ lệ 58,7% trong nghiên cứu của chúng tôi. Mặc dù có những tiến bộ đáng kể trong xác định căn nguyên của UTBMTBG và kỳ vọng sống của BN ngày càng được nâng cao đáng kể, tỉ lệ sống còn sau 5 năm của BN được ước tính rất thấp (5% - 14%). Trong trường hợp UTBMTBG dẫn đến tử vong, tỉ lệ sống còn của BN phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau phối hợp như huyết khối tĩnh mạch cửa, kích thước khối u, nồng độ alpha - fetoprotein huyết thanh và giai đoạn khối u [12].

Một nghiên cứu được thực hiện tại Ấn Độ từ năm 2001 - 2007 trên 73 bệnh nhân cho thấy tỉ lệ bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp TACE có sống còn toàn bộ sau 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt là 66%, 47% và 36,4%. Theo BCLC, bệnh nhân có huyết khối TMC, BCLC giai đoạn C chỉ có thể điều trị với Sorafenib [13]. Tuy nhiên, ở Châu Á, những bệnh nhân giai đoạn tiến triển này với xâm lấn mạch máu và di căn xa, khi điều trị với Sorafenib thời gian sống còn trung bình khá ngắn chỉ 6,5 tháng [14]. Một phân tích tổng hợp trên 8 thử nghiệm lâm sàng có đối chứng, bao gồm 1601 bệnh nhân lại cho thấy rằng TACE làm cải thiện thời gian sống còn 6 tháng (HR = 0,41; KTC 95%

= 0,32 - 0,53; p = 0,000), 1 năm (HR = 0,44; KTC 95% = 0,34 - 0,57; p = 0,000) và sống còn toàn bộ của bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch cửa (HKTMC) với điều trị tiêu chuẩn. TACE có tiềm năng để cải thiện sống còn và an toàn cho UTBMTBG tiến triển với HKTMC [15]. Theo số liệu báo cáo từ nghiên cứu trên, TACE có thể kéo dài sự sống ở một số bệnh nhân BCLC giai đoạn C.

Gần đây, Yang và cộng sự so sánh hiệu quả điều trị phẫu thuật cắt gan, RFA và TACE truyền thống về thời gian sống còn lâu dài. Nghiên cứu chứng minh rằng thời gian sống còn 5 năm khi điều trị bằng TACE so với phẫu thuật và RFA là như nhau trên những bệnh nhân ung thư gan đơn ổ, kích thước $u \leq 3$ cm, không HKTMC và chức năng gan tốt. Ngoài ra, hầu hết các bệnh nhân ban đầu được điều trị bằng TACE đạt được một đáp ứng hoàn toàn, đó là một trong những yếu tố tiên lượng độc lập của thời gian sống còn, mặc dù một số trường hợp phải lặp lại phương pháp này nhiều lần [16]. Các kết quả này phù hợp với những nghiên cứu đoàn hệ chứng minh rằng điều trị bằng TACE có thời gian sống còn toàn bộ tương tự như phẫu thuật cắt gan ở giai đoạn sớm UTBMTBG [17, 18]. Trong những phương pháp điều trị giảm nhẹ thì TACE được chứng minh có hiệu quả rõ ràng. Thời gian sống còn của bệnh nhân sau khi điều trị bằng phương pháp TACE có cải thiện, sau 1 năm 34 - 88%, sau 2 năm 33 - 64% và sau 3 năm 18 - 51% [19].

Thời gian sống còn của những bệnh nhân không thể phẫu thuật phụ thuộc vào giai đoạn của khối u, kích thước khối u, chức năng gan và triệu chứng. Theo Llovet và cộng sự, trong một nghiên cứu 102 bệnh nhân UTBMTBG không thể điều trị phẫu thuật thì thời gian sống còn 1 năm là 54%, 2 năm 40%, 3 năm 28% [20].

Ngoài ra, các phương pháp điều trị được áp dụng và thời điểm tiếp cận điều trị cũng như mức độ tuân thủ và đáp ứng với điều trị đã được báo cáo có liên quan đến cải thiện tình trạng sống còn của BN UTBMTBG. Do đó, việc xác định tỉ lệ sống còn của bệnh nhân UTBMTBG sau khi được chẩn đoán và nghiên cứu mối quan hệ giữa các yếu tố khác nhau tác động đến tỉ lệ sống còn hiện là hướng nghiên cứu được khai thác nhiều trong lĩnh vực dịch tễ học. Điều này đặt ra thách thức cho hệ thống y tế tìm kiếm

và áp dụng các giải pháp tối ưu trong quản lý chăm sóc bệnh nhân mắc UTBMTBG ngày càng hoàn thiện hơn.

5. KẾT LUẬN

Phối hợp điều trị đa mô thức và RFA giúp giảm nguy cơ tử vong đáng kể. Các trường hợp RFA là các trường hợp phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, điều này cho thấy rằng việc theo dõi các đối tượng nguy cơ UTBMTBG và phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng sống còn UTBMTBG.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021;71(3):209-249.
2. Hassanipour S, Vali M, Gaffari-Fam S, et al. The survival rate of hepatocellular carcinoma in Asian countries: a systematic review and meta-analysis. *EXCLI journal*. 2020;19:108.
3. Bộ Y Tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát. 2012;
4. Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology*. 2011;53(3):1020-1022.
5. Song DS, Bae SH. Changes of guidelines diagnosing hepatocellular carcinoma during the last ten - year period. *Clinical and molecular hepatology*. 2012;18(3):258-267.
6. Reig M, Forner A, Rimola J, et al. BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: The 2022 update. *Journal of hepatology*. 2021;
7. Wang C-y, Li S. Clinical characteristics and prognosis of 2887 patients with hepatocellular carcinoma: A single center 14 years experience from China. *Medicine*. 2019;98(4)
8. Sarveazad A, Agah S, Babahajian A, Amini N, Bahardoust M. Predictors of 5 year survival rate in hepatocellular carcinoma patients. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2019;24:86. doi:10.4103/jrms.JRMS_1017_18
9. Zhang X, El-Serag HB, Thrift AP. Predictors of five-year survival among patients with hepatocellular carcinoma in the United States: an analysis of SEER-Medicare. *Cancer causes & control : CCC*. Apr 2021;32(4):317-325. doi:10.1007/s10552-020-01386-x
10. Otto G, Heuschen U, Hofmann WJ, Krumm G, Hinz U, Herfarth C. Survival and recurrence after liver transplantation versus liver resection for hepatocellular carcinoma: a retrospective analysis. *Annals of surgery*. Mar 1998;227(3):424-32. doi:10.1097/00000658-199803000-00015
11. Bordoni A, Cerny A, Bihl F, et al. Survival of hepatocellular carcinoma patients is significantly improving: a population-based study from southern Switzerland. *Cancer epidemiology*. Dec 2014;38(6):679-85. doi:10.1016/j.canep.2014.09.008
12. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. *Cancer statistics, 2013*. *CA: a cancer journal for clinicians*. Jan 2013;63(1):11-30. doi:10.3322/caac.21166
13. Paul SB, Gamanagatti S, Sreenivas V, et al. Trans-arterial chemoembolization (TACE) in patients with unresectable Hepatocellular carcinoma: Experience from a tertiary care centre in India. *Indian Journal of Radiology and Imaging*. 2011;21(2):113.
14. Cheng A-L, Kang Y-K, Chen Z, et al. Efficacy and safety of sorafenib in patients in the Asia-Pacific region with advanced hepatocellular carcinoma: a phase III randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The lancet oncology*. 2009;10(1):25-34.
15. Xue T - C, Xie X - Y, Zhang L, Yin X, Zhang B - H, Ren Z-G. Transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombus: a meta-analysis. *BMC gastroenterology*. 2013;13(1):1.
16. Yang H - J, Lee J - H, Lee DH, et al. Small single - nodule hepatocellular carcinoma: comparison of transarterial chemoembolization, radiofrequency ablation, and hepatic resection by using inverse probability weighting. *Radiology*.

- 2014;271(3):909-918.
- 17.Hsu CY, Huang YH, Chiou YY, et al. Comparison of radiofrequency ablation and transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma within the Milan criteria: a propensity score analysis. *Liver transplantation*. 2011;17(5):556-566.
- 18.Hsu K - F, Chu C - H, Chan D - C, et al. 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*. 2012;81(3):466-471.
- 19.Clark HP, Carson WF, Kavanagh PV, Ho CP, Shen P, Zagoria RJ. Staging and Current Treatment of Hepatocellular Carcinoma 1. *Radiographics*. 2005;25(suppl_1):S3-S23.
- 20.Llovet JM, Bustamante J, Castells A, et al. Natural history of untreated nonsurgical hepatocellular carcinoma: rationale for the design and evaluation of therapeutic trials. *Hepatology*. 1999;29(1):62-67.