

4. Lin Y., Yang L., Yin L. et al. (2016). Surgical Strategy for the Chronic Achilles Tendon Rupture. Biomed Res Int, 2016, 1416971.
5. Houshian S., Tscherning T., Riegels NP. (1998). The epidemiology of achilles tendon rupture in a Danish county. Injury. 29, 651-654.
6. Mortensen NH., Saether J., Steinke MS. et al. (1992). Separation of tendon ends after achilles tendon repair: a prospective, randomized, multicenter study. Orthopedics. 15, 899-903.
7. Chen TM, Rozen WM, Pan WR, et al. (2009). The arterial anatomy of the Achilles tendon: anatomical study and clinical implications. Clin Anat N Y N, 22(3), 377-385.
8. Park Y.-S. and Sung K.-S. (2012). Surgical Reconstruction of Chronic Achilles Tendon Ruptures Using Various Methods. Orthopedics, 35(2), e213–e218.
9. Lin Y., Duan X., and Yang L. (2019). V-Y Tendon Plasty for Reconstruction of Chronic Achilles Tendon Rupture: A Medium-term and Long-term Follow-up. Orthopaedic Surgery, 11(1), 109–116.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TRUYỀN HÓA CHẤT ĐỘNG MẠCH GAN (HAIC)

Nguyễn Thái Hưng<sup>1,2</sup>, Vũ Lê Minh<sup>2</sup>, Bùi Văn Giang<sup>1,2</sup>

### TOM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu điều trị UTBMTBG giai đoạn tiến triển bằng phương pháp truyền hóa chất động mạch gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu có theo dõi dọc 12 bệnh nhân (BN) có chẩn đoán UTBMTBG trong thời gian từ 6/2019 đến tháng 9/2022 được điều trị bằng phương pháp truyền hóa chất động mạch gan. Sau các thời điểm 1 tháng và 3 tháng BN được khám lại đánh giá lâm sàng, làm xét nghiệm chỉ điểm u và chụp lại cắt lớp vi tính (CLVT) gan mật có tiêm thuốc cản quang. Ghi nhận hình ảnh về đường kính khối u, tính chất ngấm thuốc trước và sau các thời điểm trong đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn đáp ứng với khối u đặc (modified Response Evaluation Criteria in Solid Tumor -mRECIST). Theo dõi thời gian sống thêm của nhóm BN trên 3 tháng. **Kết quả:** 12 bệnh nhân (10 nam, 2 nữ) với tuổi trung bình 54,5±14,3 tuổi (từ 31 tuổi đến 76 tuổi), đường kính khối u trung bình là 87±35mm, trung vị của giá trị chỉ điểm u AFP là 3351 ng/ml. Ngay sau đặt buồng, có 1 bệnh nhân biến chứng tắc sonde, 1 bệnh nhân có nhiễm trùng vị trí đặt buồng. Sau thời điểm can thiệp, điều trị với phác đồ Low dose FP 1 tháng có 12 BN khám lại, mức độ đáp ứng hoàn toàn, một phần, ổn định, tiến triển trên mRECIST là 0%, 16,7%, 50%, 33,3%, có 1 BN xuất hiện suy gan, dừng điều trị. Thời điểm trên 3 tháng có 8 BN khám lại, mức độ đáp ứng hoàn toàn, một phần, ổn định, tiến triển theo mRECIST là 0%, 25%, 50%, 25%. Sau điều trị, các chỉ điểm u giảm không có ý nghĩa thống kê. Có 8 BN thời gian theo dõi trên 3 tháng, trong đó có 3 BN còn sống và tiếp tục điều trị. **Kết luận:** Truyền hóa chất

động mạch gan là phương pháp điều trị có hiệu quả, an toàn, đặc biệt đối với giai đoạn tiến triển xâm lấn tại chỗ

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn tiến triển; Huyết khối tĩnh mạch cửa; Phương pháp truyền hóa chất động mạch gan; Đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn đáp ứng với khối u đặc

### SUMMARY

#### EVALUATING THE RESULTS TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA BY HEPATIC ARTERIAL INFUSION CHEMOTHERAPY

**Purpose:** To evaluate the initial safety and efficacy of hepatic arterial infusion chemotherapy for advanced hepatocellular Carcinoma. **Materials and methods:** Retrospective, prospective study with longitudinal follow-up of 12 patients (patients) diagnosed with HCC from 6/2019 to 9/2022 who were treated with hepatic artery chemotherapy. After 1 month and over 3 months, the patient was re-examined for clinical assessment, tested by a tumor marker and again computed tomography (CT) of the liver with contrast injection. We take image information abouts tumor diameter, tumor contrast enhancement patterns. We assess treatment response according to the standard of response evaluation for solid tumors (mRECIST). Follow up the survival time of patients who have more than 3 months after treatment. **Results:** 12 patients (10 men, 2 women) with mean age 54.5±14.3 years (from 31 years old to 76 years old), mean tumor diameter 87±35 mm, The median value of AFP tumor marker is 3351 ng/ml. Immediately after implantation, 1 patient had complications of catheter occlusion, 1 patient had an infection at the chamber placement. After the time of intervention, treatment with Low dose FP regimen for 1 month, there were 12 patients re-examined, the level of complete, partial, stable response, progression on mRECIST was 0%, 16.7%, 50%, 33.3%, 1 patient appeared liver failure, stopped treatment. At more than 3 months, there were 8 patients re-examined,

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Hưng

Email: hmu.thaihung@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2022

Ngày duyệt bài: 21.11.2022

the level of complete, partial, stable, and progressive response according to mRECIST was 0%, 25%, 50%, 25%. There's decrease value of tumor marker after treatment but has not significant. 8 patients with time to follow-up more than 3 months, of which 3 patients are still alive and continue to be treated. **Conclusion:** Hepatic arterial chemotherapy is an effective and safe treatment, especially for locally invasive advanced HCC.

**Keywords:** Advanced hepatocellular carcinoma; Portal vein tumor thrombus; Hepatic arterial infusion chemotherapy; mRECIST

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan là một trong những ung thư hay gặp hàng đầu trên thế giới và là nguyên nhân tử vong do ung thư đứng thứ ba sau ung thư phổi và ung thư dạ dày<sup>1</sup>. Đa số các UTBMTBG giai đoạn sớm không có biểu hiện lâm sàng, việc chẩn đoán thường muộn nên tiên lượng bệnh thường khá nặng nề, thời gian sống trung bình của bệnh nhân nếu để tiến triển tự nhiên trung bình là 5 tháng (2-8 tháng)<sup>2</sup>. Vào thời điểm chẩn đoán có khoảng 80% bệnh nhân không thể áp dụng các phương pháp điều trị triệt căn do thường phát hiện ở giai đoạn tiến triển và giai đoạn muộn. Khi đó vai trò của các phương pháp can thiệp nội mạch trong điều trị tại chỗ, giúp hạn chế sự phát triển của khối u, giảm giai đoạn để xét phẫu thuật, kéo dài thời gian sống là cực kỳ quan trọng. Trên thế giới, những nghiên cứu về điều trị UTBMTBG bằng phương pháp truyền hóa chất động mạch gan được áp dụng cho giai đoạn tiến triển, đem lại hiệu quả tương đối cao. Thời gian sống thêm của nhóm này là 15 tháng (11-18 tháng)<sup>3</sup>, kết quả cho thấy khá tương đồng với điều trị bằng thuốc điều trị đích. Hiện nay, ở Việt Nam có tương đối ít các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp này. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài đánh giá hiệu quả ban đầu điều trị UTBMTBG giai đoạn tiến triển bằng phương pháp truyền hóa chất động mạch gan.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Chọn bệnh nhân:

Các bệnh nhân được lựa chọn thỏa mãn các tiêu chuẩn

- Được chẩn đoán UTBMTBG giai đoạn tiến triển, không còn chỉ định phẫu thuật hoặc sử dụng phương pháp điều trị tại chỗ như nút mạch, đốt sóng cao tần

- Thể trạng chung tốt ECOG  $\leq$  1
- Chức năng gan còn bù: Child-Pugh A hoặc  $\leq$  B7
- Không mắc các bệnh lý trầm trọng, có nguy cơ tử vong gần

Loại trừ các BN có ít nhất 1 trong các tiêu chí sau:

- BN đang mang thai, cho con bú
- UTBMTBG di căn xa

- Đã từng điều trị hóa chất toàn thân
- Xơ gan mất bù như cổ chướng không kiểm soát, bệnh lý não gan trong vòng 6 tháng qua
- Dị ứng hoặc mẫn cảm với thuốc cản quang, thuốc điều trị

### 2.2. Phương pháp truyền hóa chất động mạch gan.

Phương pháp được chia thành 2 giai đoạn

Giai đoạn 1: Đặt buồng truyền hóa chất động mạch gan

Chụp đánh giá bilan động mạch cấp máu cho gan. Chọc ĐM đùi, đặt Sheath 5Fr, sử dụng ống thông 5Fr tiếp cận ĐM mạc treo tràng trên, ĐM thân tạng, đánh giá vị trí, số lượng, kích thước khối u, nguồn động mạch cấp máu cho khối u và nhánh động mạch phụ ngoài gan. Cần nhắc nút tắc dự phòng động mạch tá tụy, vị phải, vị trái,... bằng cách sử dụng vòng xoắn kim loại (Coil) để giảm thiểu sự thoát thuốc ra ngoài gan, gây tác dụng không mong muốn khi điều trị hóa chất. Tiếp đến ta cần đặt cố định cổng truyền hóa chất. Vị trí cuối cùng của cổng truyền được xác định tùy theo giải phẫu mạch của từng bệnh nhân và vị trí khối u, khí đó thường là động mạch gan riêng hoặc gan chung. Để tránh đầu cổng truyền bung ra, gây tắc mạch, cổng truyền cần có lỗ bên, đầu cổng truyền được cố định vào động mạch vị tá tràng hoặc nhánh ngoại vi của động mạch gan bằng Coil. Vị trí của lỗ bên cần được tính toán cẩn thận để đảm bảo hóa chất được truyền vào động mạch gan, tránh trào ngược ra nhánh mạch ngoài gan, gây các biến chứng không mong muốn. Cuối cùng, cần kết nối và cố định buồng truyền dưới da. Đầu gần của cổng truyền được kết nối với bộ buồng truyền, thiết bị sẽ được cấy vào một túi dưới da. Sau khi kết nối, truyền 5ml dung dịch heparin (5000 IU/ml) vào hệ thống cổng truyền, buồng truyền để tránh huyết khối.

Giai đoạn 2: Truyền hóa chất theo phác đồ

Tiến hành sau phase 1 thường 2-3 ngày, khi vị trí đặt buồng truyền dưới da ổn định. Trong thời gian này, bệnh nhân cần được tính toán liều lượng hóa chất phù hợp theo công thức dựa trên m<sup>2</sup> da. Trước mỗi đợt truyền, BN cần chụp, đánh giá lại sự lưu thông của hệ thống cổng truyền, buồng truyền, cũng như vị trí của lỗ bên. Việc truyền hóa chất được thực hiện tại khoa nội theo các phác đồ, cần bơm chậm đều và thường được thực hiện bằng bơm tiêm điện. Một số phác đồ hay được sử dụng gồm Low dose FP, New FP, mFP.

**2.3. Theo dõi bệnh nhân.** Sau can thiệp giai đoạn 1, BN cần được theo dõi trong vòng 3 ngày đầu, đánh giá biến chứng chảy máu, nhiễm

trùng vị trí đặt buồng truyền. Sau giai đoạn 2, tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng, 15 tháng, 18 tháng, BN được khám lại, đánh giá các thống số trên lâm sàng, xét nghiệm chức năng gan, chất chỉ điểm u AFP, chụp lại CLVT có tiêm thuốc cản quang, đánh giá biến chứng dùng thuốc, đáp ứng điều trị của phương pháp

**2.4. Xử lý số liệu:** thu thập các biến số lưu trữ và xử lý bằng phần mềm SPSS 22. Tính toán các giá trị trung bình, trung vị, so sánh các giá trị bằng so sánh cặp trước và sau điều trị. Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0.05$  với độ tin cậy 95%

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Trước can thiệp.** Trong thời gian từ tháng 6/2019 đến tháng 9/2022 có 12 BN với tuổi trung bình của nhóm BN là  $54,5 \pm 14,3$ , trong đó thấp nhất là 31 tuổi, cao nhất là 76 tuổi. Giới nam chiếm 10/12 (83,3%). Tỷ lệ mắc viêm gan B là 12/12 (100%), không có BN mắc viêm gan C. Chỉ số toàn trạng ECOG 0 có 11/12 (91,7%) và 1/12 (8,3%) có chỉ số toàn trạng ECOG 1. Chức năng gan Child-Pugh A có 4/12 (33,3%) trong khi Child-Pugh B có 8/12 (66,7%)

Toàn bộ BN được làm xét nghiệm AFP:

**Bảng 1. Chất chỉ điểm u trước điều trị**

Chất chỉ điểm u	Trung vị	Min	Max	n
AFP	3351	55	10799	12

**Nhận xét:** Do khoảng cách của các thông số chỉ điểm u chênh lệch nhau lớn, sử dụng giá trị trung vị để đánh giá, giá trị trung vị của chỉ số AFP tăng cao đáng kể so với ngưỡng bình thường

Các bệnh nhân được chụp CLVT ghi nhận đặc điểm hình ảnh ở bảng dưới.

**Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh trước can thiệp**

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ %
Đặc điểm hình ảnh	Thể u	Khối (đa ổ)	6 / 50
		Thể thâm nhiễm	6 / 50
	Xâm lấn tĩnh mạch cửa	Không	3 / 2
		Vp1	0 / 0
		Vp2	1 / 8,3
		Vp3	4 / 33,3
	Vp4	4 / 33,3	

**Nhận xét:** Các đặc điểm về hình ảnh trước can thiệp tương đối đa dạng, thể u thâm nhiễm và thể khối khá tương đồng, hầu hết BN có huyết khối tĩnh mạch của nhánh gan phải, gan trái hoặc thân chung, chiếm 8/12 (66,6%)

**Bảng 3. Đường kính khối u trước can thiệp**

	N=25	Tỷ lệ (%)	Đường kính trung bình $87 \pm 35\text{mm}$
$\geq 60\text{mm}$	10	83,3	
$< 60\text{mm}$	2	16,7	

**Nhận xét:** Đường kính trung bình khối u là  $87 \pm 35\text{mm}$ , chủ yếu trên 60mm, đường kính lớn nhất 150mm, nhỏ nhất 20mm

**3.2. Sau can thiệp 1 tháng.** Thời điểm 01 tháng sau can thiệp, có 12/12 Bn quay lại khám, được làm xét nghiệm chỉ điểm u và chụp lại CLVT có tiêm thuốc cản quang.

**Bảng 4. Sự thay đổi đường kính và chỉ điểm u sau 1 tháng**

	Trước can thiệp	Sau can thiệp 1 tháng	p
Đường kính trung bình	87 $\pm 35\text{mm}$	76 $\pm 34\text{mm}$	$p < 0,05$
AFP (trung vị)	3351	2929	

**Nhận xét:** Sau thời điểm 1 tháng, đường kính trung bình khối u giảm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Giá trị chỉ điểm u thay đổi không có ý nghĩa thống kê

**Bảng 5. Mức độ đáp ứng trên hình ảnh mRECIST sau 1 tháng**

	Số BN	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn CR	0	0
Đáp ứng một phần PR	2	16,7
Bệnh ổn định SD	6	50
Bệnh tiến triển PD	4	33,3
<b>Tổng</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Thời điểm 1 tháng sau can thiệp, theo mRECIST có 0% đáp ứng hoàn toàn, 16,7% đáp ứng một phần, 50% bệnh ổn định

**Bảng 6. Biến chứng sau điều trị 1 tháng**

	Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Tại chỗ	Viêm tại chỗ	1	8,3
	Tắc buồng truyền	1	8,3
Tác dụng phụ toàn thân sau truyền	Nôn, buồn nôn	2	16,7
	Rụng tóc	0	0
	Giảm BC	0	0
	Suy gan	1	8,3
Suy thận	0	0	

**Nhận xét:** Thời điểm 1 tháng sau can thiệp, có 1 BN (8,3%) viêm loét tại chỗ đặt buồng truyền, 1 BN (8,3%) có tắc buồng truyền, 1 BN (8,3%) có suy gan nặng thêm và 2 BN (16,7%) có nôn buồn nôn sau truyền hóa chất

**3.3. Sau can thiệp trên 3 tháng.** Thời điểm can thiệp từ 3 tháng trở lên, có 8 BN đi khám lại. BN được làm xét nghiệm chỉ điểm u, chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang

**Bảng 7. Sự thay đổi đường kính và chỉ điểm u sau can thiệp trên 3 tháng**

	Trước can thiệp	Sau can thiệp 3 tháng	
Đường kính trung bình	85 ±43mm	57 ±28mm	p <0,05
AFP (trung vị)	4329 [80;8456]	1784,5 [15;6079]	p <0,05

**Nhận xét:** Tại các thời điểm trên 3 tháng, có sự giảm đáng kể đường kính khối u và chỉ điểm u, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

**Bảng 8. Mức độ đáp ứng theo mRECIST sau can thiệp trên 3 tháng**

	Số BN	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn CR	0	0
Đáp ứng một phần PR	2	25
Bệnh ổn định SD	4	50
Bệnh tiến triển PD	2	25
<b>Tổng</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tại thời điểm 3 tháng, tỷ lệ đáp ứng là 25%, có 2 BN (25%) bệnh tiến triển, trong đó có 1 BN có nốt mới, 1 BN có phần ngấm thuốc tăng lên

**Bảng 9. Biến chứng sau điều trị trên 3 tháng**

Tác dụng phụ toàn thân	Số BN	Tỷ lệ %
Nôn, buồn nôn	2	25%
Rụng tóc	0	0
Giảm BC	0	0
Suy gan	2	25
Suy thận	1	12,5

**Nhận xét:** Thời điểm sau can thiệp trên 3 tháng, có 2 BN (25%) xuất hiện nôn, buồn nôn, 2 BN (25%) xuất hiện suy gan mất bù, 1 BN (12,5%) xuất hiện suy thận.

Có 8/12 BN có thời gian theo dõi trên 3 tháng sau thời điểm điều trị, hiện tại còn 3 BN được điều trị từ năm 2019 còn sống và tiếp tục điều trị

#### IV. BÀN LUẬN

Truyền hóa chất động mạch gan là phương pháp điều trị UTBMTBG còn khá mới tại Việt Nam, hiện mới chỉ được triển khai tại một số trung tâm lớn như bệnh viện Ung bướu Trung Ương cơ sở 3, bệnh viện E. Với ưu điểm, đưa hóa chất chọn lọc vào khối u, tập trung, duy trì lượng hóa chất đáng kể tại gan, vừa làm tăng hiệu quả điều trị, và hạn chế được tác dụng toàn thân, giảm tác dụng phụ và biến chứng không mong muốn.

Nội dung nghiên cứu của chúng tôi tập trung về đánh giá đáp ứng về mặt hình ảnh cũng như chỉ điểm u, cũng như một số biến chứng của việc đặt buồng truyền, biến chứng sớm của điều trị hóa chất trên nhóm BN UTBMTBG giai đoạn tiến triển được điều trị bằng phương pháp truyền hóa

chất động mạch gan (HAIC). Về đối tượng nghiên cứu, BN được lựa chọn đa dạng, đặc biệt về kích thước u, phân loại Child-Pugh và phân loại huyết khối tĩnh mạch cửa. Đường kính u nhỏ nhất là 20mm, đường kính lớn nhất lên tới 150mm, đường kính trung bình là  $87 \pm 35$ mm, lớn hơn so với tác giả Yung-Chih Lai năm 2003 (đường kính trung bình là 38mm)<sup>4</sup>. Về phân loại Child-Pugh có 4 BN (33,3%) Child-Pugh A, 8 BN (66,7%) Child-Pugh B. So với tác giả Yung-Chih Lai số lượng Child-Pugh A/ B/ C lần lượt là 7/7/4 và Yang Hyun Baek năm 2012 lần lượt là 7/18/9<sup>5</sup>. Xơ gan trong ung thư gan là vấn đề rất hay gặp, cấp thiết, liên quan tới việc chỉ định thuốc và đây là một yếu tố tiên lượng rất xấu về đáp ứng điều trị và thời gian sống thêm. Về phân loại huyết khối tĩnh mạch cửa, có 3 BN tổn thương gan đa ổ, không huyết khối tĩnh mạch cửa, số lượng Vp1/ Vp2/ Vp3/ Vp4 lần lượt là 0 (0%)/ 1 (8,3%)/ 4 (33,3%)/ 4 (33,3%). So với tác giả Yung-Chih Lai là 0/ 5/ 13/ 0. Huyết khối tĩnh mạch cửa do u gan có tỷ lệ gặp không phải thấp, thể hiện sự tiến triển của u và là 1 yếu tố tiên lượng xấu về đáp ứng điều trị và thời gian sống thêm.

Sau thời điểm 01 tháng có 12/12 bệnh nhân khám lại, được làm các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, chất chỉ điểm u, và chụp CLVT gan mật có tiêm thuốc cản quang. Đường kính trung bình sau 1 tháng giảm đáng kể từ 87mm xuống 76mm có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,05$ , huyết khối tĩnh mạch cửa thay đổi không đáng kể. Về đáp ứng khối u theo tiêu chuẩn mRECIST, nghiên cứu của chúng tôi có 2 BN (16,7%) đáp ứng một phần, 6 BN (50%) bệnh ổn định, không có BN nào đáp ứng hoàn toàn. Có 01 BN xuất hiện tắc sonde truyền do kỹ thuật đặt buồng. Có 01 BN xuất hiện nhiễm trùng vị trí đặt buồng do quá trình chăm sóc vết mổ. Tại thời điểm 01 tháng, các BN được làm lại xét nghiệm đánh giá chức năng gan, có 01 BN xuất hiện suy gan nặng thêm, tình trạng xơ gan cổ chướng không kiểm soát, phải bắt buộc dừng điều trị, các BN khác không có sự khác biệt đáng kể so với thời điểm trước điều trị, cho thấy sự an toàn đáng kể của phương pháp truyền hóa chất động mạch gan. Do thời gian theo dõi còn ngắn, hiệu quả của phương pháp truyền hóa chất động mạch gan cần được đánh giá trong thời gian dài, do đó khoảng thời gian này chủ yếu đánh giá các tai biến do quá trình đặt buồng cũng như biến chứng sớm của việc sử dụng hóa chất

Các thời điểm khám lại từ 3 tháng, có 8 BN đi khám lại, đường kính khối u trung bình từ

85mm giảm xuống còn 57mm sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Về chỉ điểm u có sự giảm chỉ số trung vị chỉ điểm u đáng kể, khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Về mức độ đánh giá theo mRECIST, nghiên cứu của chúng tôi có 2 BN (25%) đáp ứng một phần, không có bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 4 BN (50%) bệnh ổn định. So với tác giả Yang-Chih Lai có 6/18 BN (33,3%) đáp ứng điều trị, 12/18 BN (66,6%) không đáp ứng điều trị. So với tác giả Yang Hyun Baek có 14/34 BN (41,2%) đáp ứng điều trị. Tỷ lệ đáp ứng của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn do việc lựa chọn bệnh nhân vào đề tài, cũng như cỡ mẫu còn nhỏ. Về chất chỉ điểm u có sự giảm tương đối đáng kể có ý nghĩa thống kê. Tại thời điểm sau điều trị 3 tháng, có 2 BN (25%) xuất hiện triệu chứng nôn, buồn nôn, 2 BN (25%) xuất hiện suy gan, 1 BN (12,5%) xuất hiện suy thận. Hiện còn 3 BN sống và tiếp tục điều trị tới thời điểm dừng nghiên cứu.

Một số điểm hạn chế của nghiên cứu: Thứ nhất là nghiên cứu được thực hiện trong thời gian trải dài cùng với hạn chế đến từ đại dịch Covid-19 gây ảnh hưởng đến quá trình điều trị, tái khám và theo dõi BN sau điều trị. Thứ hai là về vấn đề vật tư can thiệp, do đại dịch Covid-19 cũng như quá trình vận chuyển bao thầu mà vật tư cần thiết cho việc đặt bóng không có sớm, gây chậm trễ việc thực hiện đề tài (từ T7/2019 tới tháng 7/2022 mới thực hiện được ca điều trị mới). Thứ ba là do việc đặt bóng truyền và truyền hóa chất tại 2 địa điểm khác nhau, cần có sự thống nhất chặt chẽ, đưa ra phác đồ, những quyết định kịp thời, giúp tăng hiệu quả điều trị

cũng như thời gian sống thêm cho bệnh nhân. Cuối cùng là thời gian nghiên cứu còn ngắn với một số bệnh nhân mới được đặt bóng truyền, sẽ tiếp tục theo dõi, như vậy chưa đánh giá hết được thời gian sống thêm của phương pháp này.

## V. KẾT LUẬN

Truyền hóa chất động mạch gan là phương pháp điều trị có hiệu quả, khá an toàn, đặc biệt với giai đoạn tiến triển, không còn phương pháp điều trị tại chỗ. Cần thêm các nghiên cứu theo dõi thời gian sống thêm để khẳng định vai trò của phương pháp này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer today.** Accessed June 8, 2021. <http://gco.iarc.fr/today/home>
2. **Marrero JA, Kulik LM, Sirlin CB, et al.** Diagnosis, Staging, and Management of Hepatocellular Carcinoma: 2018 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases: Marrero et al. *Hepatology*. 2018;68(2):723-750. doi:10.1002/hep.29913
3. **Ando E, Tanaka M, Yamashita F, et al.** Hepatic arterial infusion chemotherapy for advanced hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombosis. *Cancer*. 2002;95(3):588-595. doi:10.1002/cncr.10694
4. **Lai Y-C, Shih C-Y, Jeng C-M, et al.** Hepatic arterial infusion chemotherapy for hepatocellular carcinoma with tumor thrombosis of the portal vein tumor thrombosis. *World J Gastroenterol WJG*. 2003; 9(12):2666-2670. doi:10.3748/wjg.v9.i12.2666
5. **Baek YH, Kim KT, Lee SW, et al.** Efficacy of hepatic arterial infusion chemotherapy in advanced hepatocellular carcinoma. *World J Gastroenterol WJG*. 2012;18(26): 3426-3434. doi: 10.3748/wjg.v18.i26.3426

## ĐÁNH GIÁ SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA NGƯỜI BỆNH MẮC COVID 19 ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thị Thúy Hương<sup>1</sup>, Hoàng Thị Bắc<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Dũng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát mức độ rối loạn lo âu, trầm cảm, căng thẳng của người bệnh mắc Covid -19 điều trị tại bệnh viện Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 270 người bệnh mắc Covid-19 được điều

trị tại Bệnh viện Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương từ 02/2021 đến 05/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh mắc Covid-19 điều trị tại bệnh viện Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương có biểu hiện stress, lo âu và trầm cảm của người bệnh tại thời điểm vào viện lần lượt là 50,4%, 52,6%, 42,6% và bệnh tại thời điểm ra viện lần lượt là 23,7%, 49,3%, 30,7%. **Kết luận:** Chất lượng sức khỏe tâm thần của người bệnh sau điều trị tại bệnh viện Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương được cải thiện.

**Từ khóa:** sức khỏe tâm thần, Covid-19

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF MENTAL HEALTH IN PATIENTS WITH COVID 19 TREATED AT

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thúy Hương  
Email: huongnguyenthithuyhmtu@gmail.com  
Ngày nhận bài: 26.9.2022  
Ngày phản biện khoa học: 17.11.2022  
Ngày duyệt bài: 28.11.2022