

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG THỜI GIAN SỐNG THÊM CỦA THANG ĐIỂM ABCR Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT MẠCH HOÁ CHẤT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Ngô Gia Mạnh^{1,✉}, Phạm Phương Thảo¹
Phạm Minh Đức^{1,2}, Trần Ngọc Ánh^{1,2}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Khoảng 60% ung thư biểu mô tế bào gan phát hiện ở giai đoạn trung gian theo Barcelona, với liệu pháp điều trị chủ yếu là nút mạch hoá chất qua đường động mạch (TACE). Tuy nhiên, không phải tất cả bệnh nhân đạt hiệu quả như nhau khi điều trị TACE. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá về giá trị của thang điểm ABCR trong tiên lượng thời gian sống thêm ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn trung gian được điều trị bằng nút mạch hoá chất. Nghiên cứu 85 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn trung gian điều trị bằng phương pháp TACE tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 6/2021 đến tháng 1/2024. Tuổi trung bình là $59,7 \pm 10,9$ tuổi. Nam giới chiếm 85,9%. 72,9% bệnh nhân mắc viêm gan B. Thời gian sống thêm trung bình sau TACE là 33,5 tháng. Giá trị dự đoán tiên lượng tử vong của thang điểm ABCR có diện tích dưới đường cong là 0,67. Nhóm phân loại ABCR nguy cơ thấp có thời gian sống thêm trung bình là 36,6 tháng với 95% CI là 33,6 - 39,6 cao hơn nhóm phân loại ABCR nguy cơ trung bình và ABCR nguy cơ cao (33,4 tháng và 14,7 tháng) với $p = 0,07$.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG), nút mạch hoá chất qua đường động mạch (TACE), Thang điểm ABCR, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2020, ước tính có khoảng 905.700 người được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) và 830.200 người chết vì ung thư biểu mô tế bào gan trên toàn cầu. Dữ liệu mới nhất cho thấy Việt Nam đứng thứ tư về tỷ lệ mắc ung thư biểu mô tế bào gan trên toàn thế giới. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc ung thư biểu mô tế bào gan chuẩn hóa theo tuổi (IR) là 39,0 trên 100.000 người ở nam và 9,5 trên 100.000 người ở nữ.¹

Khoảng 60% ung thư biểu mô tế bào gan phát hiện ở giai đoạn trung gian theo Barcelona,

và liệu pháp điều trị chủ yếu trong giai đoạn này là nút mạch hoá chất qua đường động mạch (TACE). Thời gian sống thêm sau TACE từ 13 - 43 tháng ở giai đoạn trung gian cho thấy có sự dao động lên ở nhóm ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn trung gian. Do đó, đã ra đời rất nhiều các thang điểm giúp tiên lượng bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan sau TACE.²

Thang điểm ABCR là thang điểm có sự phối hợp giữa chẩn đoán hình ảnh và lâm sàng giúp tiên lượng bệnh nhân chính xác hơn. Thang điểm ABCR được ra đời gồm 4 chỉ số: AFP, điểm Child Pugh sau điều trị, giai đoạn Barcelona và đáp ứng khối u. Hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu về thang điểm ABCR tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá về giá trị của thang điểm ABCR trong tiên lượng thời gian sống*

Tác giả liên hệ: Ngô Gia Mạnh

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: ngogiamanh21192@gmail.com

Ngày nhận: 22/07/2024

Ngày được chấp nhận: 30/07/2024

thêm ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn trung gian được điều trị bằng nút mạch hóa chất

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

85 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào gan theo phân loại Barcelona, điều trị bằng phương pháp TACE, đánh giá thang điểm ABCR tại thời điểm trước lần nút mạch hóa chất thứ 2, theo dõi thời gian sống thêm của bệnh nhân từ tháng 6/2021 đến tháng 1/2024 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan theo tiêu chuẩn Bộ Y tế 2020.³ Giai đoạn trung gian theo Barcelona được bao gồm các tiêu chí theo Hiệp hội Gan mật Mỹ AALSD.⁴

- Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp nút mạch hoá chất lần 2: Nút mạch hoá chất động mạch gan theo kiểu truyền thống

(cTACE) hoặc dùng hạt tải thuốc (DEB-TACE).

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu

Lấy toàn bộ bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

Các biến số nghiên cứu

Thang điểm ABCR được đánh giá dựa trên 4 yếu tố: Giai đoạn khối u theo Barcelona, AFP trước nút mạch lần 2, sự chênh lệch điểm Child Pugh so với trước điều trị và đáp ứng khối u theo mRECIST. Chia mô hình tiên lượng sống sót ABCR thành 3 nhóm: nguy cơ thấp (ABCR < 0), nhóm nguy cơ trung bình (ABCR 1 - 3 điểm) và nhóm nguy cơ cao (ABCR > 3 điểm).⁵

Bảng 1. Thang điểm ABCR

Các biến số	Điểm	
Thang điểm Barcelona		
A	0	
B	2	
C	3	
	Có	Không
AFP > 200 mg/ml	1	0
Sau lần nút mạch đầu tiên		
Child Pugh ≥ 2 điểm	2	0
Đáp ứng khối u	-3	0
Điểm ABCR		

Thời gian sống thêm toàn bộ là khoảng thời gian được tính từ thời điểm bệnh nhân tham gia

vào nghiên cứu cho đến thời điểm bệnh nhân tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào.

Xử lý số liệu

Phương pháp phân tích sống sót (survival analysis) có sử dụng đường cong Kaplan Meier so sánh thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn trung gian điều trị bằng phương pháp nút mạch theo các ngưỡng cắt thực hiện trong phần mềm R theo phương pháp kiểm định log-rank.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đề cương của bộ môn Nội tổng hợp. Nghiên cứu được sự đồng ý của Bộ môn Nội tổng hợp Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu trong nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 6/2021 đến tháng 1/2024, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu 85 bệnh nhân ung

thư biểu mô tế bào gan giai đoạn trung gian theo Barcenola được điều trị theo phương pháp TACE. Với các đặc điểm sau:

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 59,7 ± 10,9 tuổi. Trẻ nhất là 27 tuổi, lớn nhất là 82 tuổi. Nam giới chiếm 85,9% (73 bệnh nhân). Nữ giới chiếm 14,1%. 72,9% bệnh nhân mắc viêm gan B. 3,5% bệnh nhân mắc viêm gan C. 2,4% bệnh nhân đồng mắc viêm gan B và viêm gan C.

2. Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan điều trị bằng phương pháp TACE

Bệnh nhân theo dõi sau TACE lần 2 ít nhất 6 tháng hoặc khi bệnh nhân tử vong. Khi phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ (OS) của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan điều trị bằng phương pháp TACE trước thời điểm nút mạch lần 2, nhóm nghiên cứu thu được kết quả

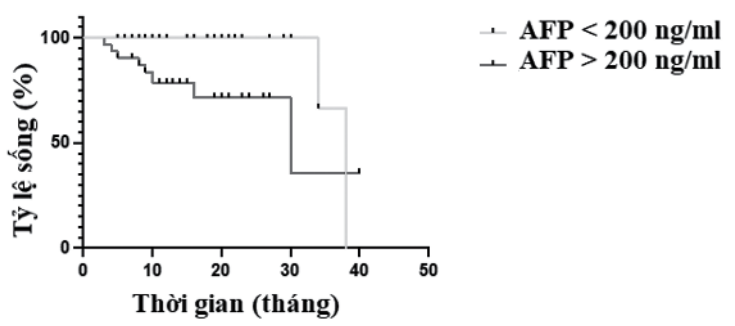
Bảng 1. Phân tích các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ (OS) ở nhóm nghiên cứu

		n	Thời gian sống thêm toàn bộ (tháng)		Giá trị p (Kiểm định logrank)
			Trung bình	95% CI	
Số lượng khối u	1	55	32,4	28,9 - 33,8	0,41
	Nhiều khối	30	31,2	28,0 - 37,2	
Kích thước khối u	< 7cm	53	35,8	32,6 - 39,1	0,02
	> 7cm	32	21,8	18,2 - 25,4	
Huyết khối tĩnh mạch cửa	Có	4	18,6	11,7 - 25,6	0,025
	Không	81	33,8	30,3 - 37,2	
AFP trước lần TACE 2	≤ 200 ng/ml	53	36,6	33,6 - 39,6	0,03
	> 200 ng/ml	32	27,6	20,7 - 34,5	
Phương pháp TACE	cTACE	38	34,7	31,1 - 38,3	0,233
	DEB.TACE	47	23,9	21,5 - 26,4	

Thời gian sống thêm trung bình là 33,5 ± 1, 7 tháng.

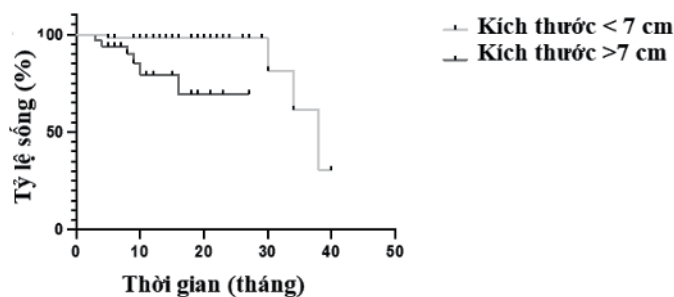
Bệnh nhân có khối u kích thước lớn nhất là 14,5cm, nhỏ nhất là 1,4cm. Bệnh nhân có kích thước u < 7cm có thời gian sống thêm cao hơn bệnh nhân có kích thước u > 7cm với P = 0,02.

Bệnh nhân có AFP > 200 ng/ml có thời gian sống thêm ít hơn bệnh nhân có AFP ≤ 200 ng/ml với p = 0,03.



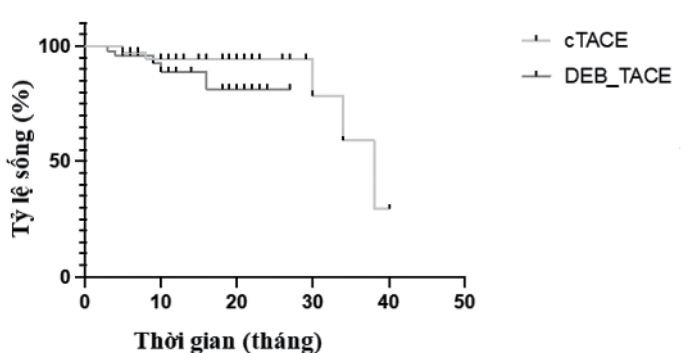
Biểu đồ 1. Đánh giá tỷ lệ sống sót theo chỉ số AFP trước lần TACE thứ 2

Bệnh nhân có AFP < 200 ng/ml có tỷ lệ sống sót cao hơn 7,19 lần so với bệnh nhân có AFP > 200 ng/ml với p = 0,0006.



Biểu đồ 2. Đánh giá tỷ lệ sống sót theo kích thước khối u trước lần TACE thứ 2

Bệnh nhân có kích thước u < 7cm có tỷ lệ sống sót cao hơn 5,092 lần so với bệnh nhân có kích thước u > 7cm, với p = 0,0092.



Biểu đồ 3. Đánh giá tỷ lệ sống sót theo phương pháp TACE

Bệnh nhân được điều trị theo cTACE có tỷ lệ sống sót cao hơn 1,9 lần so với bệnh nhân điều trị theo phương pháp DEB TACE với $p = 0,37$.

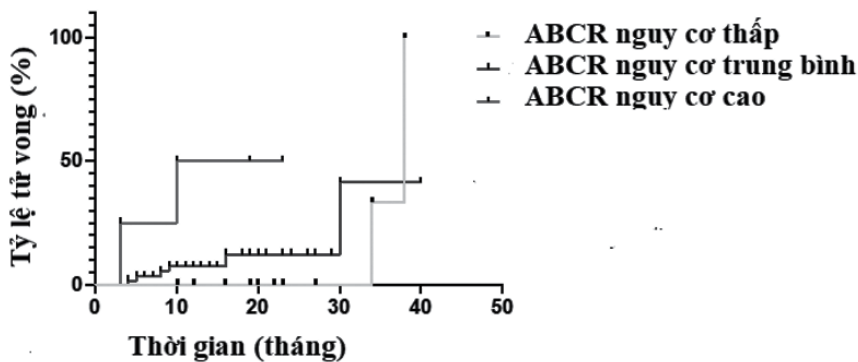
3. Giá trị tiên lượng thời gian sống thêm của thang điểm ABCR

Bảng 2. phân nhóm theo thang điểm ABCR và thời gian sống thêm

Phân nhóm theo thang điểm ABCR	n	Tỷ lệ (%)	Thời gian sống thêm toàn bộ (tháng)		Giá trị p (Kiểm định logrank)
			Trung bình	95% CI	
Nguy cơ thấp	18	21,2	36,6	33,6 - 39,6	0,07
Nguy cơ trung bình	63	74,1	33,4	28,0 - 36,9	
Nguy cơ cao	4	4,7	14,7	6,3 - 23,1	

Nhóm phân loại ABCR nguy cơ thấp có thời gian sống thêm trung bình là 36,6 tháng với 95% CI là 33,6 - 39,6 cao hơn nhóm phân loại

ABCR nguy cơ trung bình và ABCR nguy cơ cao (33,4 tháng và 14,7 tháng) với $p = 0,07$.



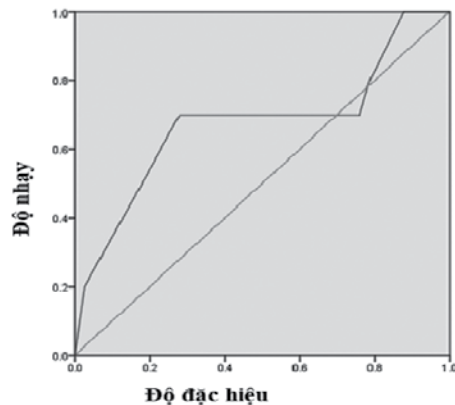
Biểu đồ 4. So sánh nguy cơ tử vong theo phân loại ABCR

Nhóm ABCR nguy cơ cao có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm ABCR nguy cơ thấp là 10,75 lần với $p = 0,0018$.

Nhóm ABCR nguy cơ cao có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm ABCR nguy cơ trung bình là 5,64 lần với $p = 0,399$.

Nhóm ABCR nguy cơ trung bình tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm ABCR nguy cơ thấp là 1,45 lần với $p = 0,0018$.

Giá trị dự đoán tiên lượng tử vong của thang điểm ABCR có diện tích dưới đường cong là 0,67.



Biểu đồ 5. Giá trị tiên lượng của thang điểm ABCR

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi với 85 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị TACE lần 2.

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $59,7 \pm 10,9$ tuổi. Trẻ nhất là 27 tuổi, lớn nhất là 82 tuổi. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Đậu Quang Liêu với tuổi trung bình $63,54 \pm 10,43$. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Tùng, độ tuổi mắc ung thư biểu mô tế bào gan ở nam từ 60 - 64, nữ giới 65 - 69 tuổi (nghiên cứu từ giai đoạn 2001 - 2009).^{6,7}

Nam giới chiếm 85,9%. Cao hơn nghiên cứu của tác giả Kefeng với tỷ lệ nam là 80,9%. Thấp hơn nghiên cứu của tác giả Đậu Quang Liêu với nam giới chiếm 92,77%. Tuy nhiên, tất cả các nghiên cứu tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới. Tỷ lệ nam/nữ có xu hướng cao hơn ở những vùng có tỷ lệ nhiễm virus viêm gan cao. Khu vực có nguy cơ cao như châu Á - Thái Bình Dương (Hàn Quốc, Triều Tiên, Indonesia, Việt Nam) tỷ lệ nam mắc ung thư biểu mô tế bào gan qua các năm cao gấp 4 lần nữ giới.^{6,8}

Trong nghiên cứu của chúng tôi 72,9% bệnh nhân nhiễm viêm gan B, 3,5% bệnh nhân nhiễm viêm gan C, 2,4% bệnh nhân đồng mắc viêm gan C và viêm gan C. Kết quả này phù hợp với tình hình dịch tế viêm gan virus B ở Việt Nam. Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm viêm gan B trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Doãn Thái Kỳ năm 2015 là 90,5%. Điều này được lý giải do hiệu quả của chương trình tiêm chủng vacin viêm gan B cho toàn bộ trẻ em, giúp giảm tỷ lệ nhiễm viêm gan B tại Việt Nam.⁹

Bệnh nhân có kích thước khối u > 7cm có thời gian sống thêm trung bình là 21,8 tháng thấp hơn với bệnh nhân có kích thước khối u < 7cm là 35,8 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$. Bệnh nhân có kích thước

u < 7cm có tỷ lệ sống cao hơn 5,092 so với bệnh nhân có kích thước u > 7cm, với $p = 0,0092$. tác giả Park cũng ghi nhận nguy cơ tử vong khi u > 7cm cao gấp 1,42 lần nguy cơ tử vong với u ≤ 7cm.¹⁰

Bệnh nhân có AFP trước lần can thiệp lần 2 > 200 ng/ml có thời gian sống thêm ít hơn bệnh nhân có AFP < 200 ng/ml (27,6 tháng so với 36,6 tháng) với $p = 0,03$. Bệnh nhân có AFP < 200 ng/ml có tỷ lệ sống cao hơn 7,19 lần so với bệnh nhân có AFP > 200 ng/ml với $p = 0,0006$. Nghiên cứu của tác giả Gauri Mishra đã kết luận rằng bệnh nhân với AFP ≥ 200 ng/ml trước điều trị có thời gian sống sót tổng thể thấp hơn bệnh nhân AFP < 200 ng/ml (19,4 tháng và 34,7 tháng, $p > 0,001$).¹¹

Không có sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa nhóm bệnh nhân có 1 khối u và nhóm có nhiều khối u (32,4 và 31,2 tháng với $p = 0,41$), giữa nhóm điều trị cTACE và DEB TACE (34,7 tháng và 23,9 tháng, $p = 0,233$). Bệnh nhân được điều trị theo cTACE có tỷ lệ sống sót cao hơn 1,9 lần so với bệnh nhân điều trị theo phương pháp DEB TACE tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p = 0,37$. Shi và cộng sự bệnh nhân điều trị với DEB-TACE có thời gian sống thêm cao hơn với cTACE (534 ngày so với 367 ngày, $p = 0,027$).¹²

Theo phân loại ABCR trong nghiên cứu của chúng tôi có 21,2% bệnh nhân nguy cơ thấp, 74,1% bệnh nhân nguy cơ trung bình, 14,7% bệnh nhân nguy cơ cao. Với thời gian sống thêm trung bình của nhóm nghiên cứu là 33,5 tháng. Khi so sánh thời gian sống thêm của các nhóm theo phân loại ABCR với test Kaplan-Meier: Nhóm phân loại ABCR nguy cơ thấp có thời gian sống thêm trung bình là 36,6 tháng với 95% CI: 33,6 - 39,6 cao hơn nhóm phân loại ABCR nguy cơ trung bình và ACBR nguy cơ cao (33,4 tháng và 14,7 tháng) với $p = 0,07$.

Nhóm ABCR nguy cơ cao có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm ABCR nguy cơ thấp là 10,75 lần với $p = 0,0018$. Nhóm ABCR nguy cơ cao có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm ABCR nguy cơ trung bình là 5,64 lần với $p = 0,399$. Nhóm ABCR nguy cơ trung bình tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm ABCR nguy cơ thấp là 1,45 lần với $p = 0,0018$. Chúng tôi nhận thấy: ABCR có tiên lượng rõ rệt thời gian sống thêm ở nhóm nguy cơ thấp và nguy cơ cao, nhưng không có sự khác biệt nhiều ở nhóm nguy cơ cao và trung bình.

Tác giả Kefeng khi chia phân loại ABCR thành 2 nhóm nguy cơ cao ($ABCR > 3$ điểm) và nguy cơ thấp ($ABCR \leq 3$ điểm) thì nhóm nguy cơ thấp có thời gian sống thêm 29,3 (25,0 - 35,0) cơ hơn so với nhóm nguy cơ cao 11,5 (9,0 - 17,5) với $p = 0,001$.⁸

Khi đánh giá giá trị của thang điểm ABCR, chúng tôi nhận thấy mô hình tiên lượng có ý nghĩa ở mức trung bình trong tiên lượng ung thư biểu mô tế bào gan điều trị bằng phương pháp nút mạch hoá chất, với chỉ số Harrel'C là 0,67. Kết quả này cũng tương tự với tác giả Xavier Adhoute và cộng sự (2015), điểm Harrel'C đối với thang điểm ABCR là 0,689; tác giả Kefeng: điểm Harrel'C đối với thang điểm ABCR Harrell = 0,604.^{8,13}

V. KẾT LUẬN

Thang điểm ABCR có giá trị tiên lượng ở mức trung bình trong tiên lượng ung thư biểu mô tế bào gan điều trị bằng phương pháp TACE, với chỉ số Harrel'C là 0,67.

Nhóm ABCR nguy cơ cao có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm ABCR nguy cơ thấp là 10,75 lần. Nhóm ABCR nguy cơ cao có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm ABCR nguy cơ trung bình là 5,64 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Harriet Rumgay MA JF. Global burden of primary liver cancer in 2020 and predictions to

2040. *Research article*. 2022; 6:1598-1606.

2. Masatoshi Kudo TA KU, Toshiharu Sakurai, Masayuki Kitano, Naoshi Nishida. Subclassification of BCLC B Stage Hepatocellular Carcinoma and Treatment Strategies: Proposal of Modified Bolondi's Subclassification (Kinki Criteria). *Dig Dis*. 2015; 33(6): 751-758. doi:doi:10.1159/000439290.

3. Nguyễn Trường Sơn. Chẩn đoán và điều trị Ung thư biểu mô tế bào gan. *Bộ y tế*. 2020;

4. Amit G JMea. AASLD Practice Guidance on prevention, diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma. *Hepatology*. 2023; 76(6): 1922-1965. doi:10.1097/HEP.0000000000000466.

5. Xavier Adhoute GP, Sebastien Naude. Retreatment with TACE: The ABCR SCORE, an aid to the decision-making process. *Journal of Hepatology*. 2015; 62(4): 855-862.

6. Đậu Quang Liêu. *Nghiên cứu giá trị thang điểm mHAP - II trong tiên lượng thời gian sống thêm ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào được điều trị nút mạch*. trường đại học Y Hà Nội; 2022.

7. Nguyễn Đình Tùng. Cancer incidence in the population of Thua Thien Hue province, Viet Nam 2001-2009. *Journal of Science, Hue University*. 2012; 61

8. Kefeng Jia WY, Zhongsong Gao. Recommendation of mHAP and ABCR scoring systems for the decision-making of the first and subsequent TACE session in HCC patients. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2023; 35(4): 461-470.

9. Doãn Thái kỳ. Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp tắc mạch hóa dầu sử dụng hạt vi cầu Dc Beads. *Viện Nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108*. 2015;

10. Yehyun Park et al. Addition of tumor multiplicity improves the prognostic performance

of the hepatoma arterial-embolization prognostic score. *Liver Int.* 2016;36:100-107.

11. Gauri Mishra et al. Prognostic role of alpha-fetoprotein in patients with hepatocellular carcinoma treated with repeat transarterial chemoembolisation. *BMC Cancer.* 2020; 29(20): 483.

12. Shi Z WD, Kang T, Yi R, Cui L, Jiang H. *Radiol Oncol.* 2023; 57: 70–79. Comparison

of CalliSpheres® microspheres drug-eluting beads and conventional transarterial chemoembolization in hepatocellular carcinoma patients: a randomized controlled trial. *Radiol Oncol.* 2023; 57: 79-70.

13. Adhoute XPG, Naude S, Raoul JL, Perrier H, Bayle O, et al. Retreatment with TACE: the ABCR SCORE, an aid to the decision-making process. *J Hepatol.* 2015; 64(4): 855-862.

Summary

THE PROGNOSTIC VALUE OF SURVIVAL TIME BY THE ABCR SCORE IN PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA (HCC) TREATED WITH TRANS - ARTERIAL CHEMO - EMBOLIZATION (TACE) AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

About 60% of Hepatocellular carcinoma (HCC) patients are detected in the intermediate stage according to Barcelona, and the main treatment in this stage is transarterial chemoembolization (TACE). However, not all patients achieve the same results from TACE treatment. Therefore, the ABCR score was born to assist with predicting re-treatment of HCC with TACE method. We conducted this study to evaluate the value of the ABCR scoring system in predicting the additional survival time in patients with intermediate stage HCC treated with TACE method. 85 patients recruited for this study were treated at Hanoi Medical University hospital from June 2021 to January 2024. The average age of our study group was 59.7 ± 10.9 years old. Male accounted for 85.9%. 72.9% of patients have hepatitis B. The average survival time after TACE was 33.5 months. The value for predicting mortality prognosis of the ABCR score has an area under the curve of 0.67. The low-risk ABCR classification group had a median survival time of 36,6 months with a 95% CI of 33.6 - 39,6, higher than the intermediate-risk ABCR classification group and high-risk ACBR classification group (33.4 months and 14.7 months) with $p = 0.07$.

Keywords: Hepatocellular carcinoma (HCC), transarterial chemoembolization (TACE), ABCR score, Hanoi Medical University Hospital.