PRELIMINARY EFFICACY AND SAFETY OF ATEZOLIZUMAB PLUS BEVACIZUMAB IN PATIENTS WITH ADVANCED HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT MILITARY HOSPITAL 175

Nguyen Tien Dung, Ha Manh Duc, Tran Duc Linh, Nguyen Mai Linh, Mai Cong Dung, Nguyen Chi Kien, Nguyen The Dung, Nguyen Huu Xuan Thanh, Vo Thi Van Minh, Nguyen Thi Tinh, Nguyen Khac Tuyen*

Military Hospital 175 - 786 Nguyen Kiem, Hanh Thong Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 03/06/2026
Revised: 25/07/2026; Accepted: 05/08/2026

ABSTRACT

Objectives: To evaluate treatment response, survival outcomes, and safety of Atezolizumab plus Bevacizumab in patients with advanced hepatocellular carcinoma treated at Military Hospital 175.

Subjects and methods: This retrospective case series with longitudinal follow-up included 20 patients with advanced hepatocellular carcinoma who received Atezolizumab plus Bevacizumab at Military Hospital 175 between March 2023 and August 2025. Treatment response was assessed according to RECIST version 1.1. Progression-free survival and overall survival were estimated using the Kaplan-Meier method.

Results: The best overall response according to RECIST 1.1 consisted of 8 patients (40%) with partial response, 7 patients (35%) with stable disease, and 5 patients (25%) with progressive disease. The objective response rate was 40%, and the disease control rate was 75%. The median follow-up duration was 16.7 months (95% CI: 5.7-NR). Sixteen progression-free survival events (80%) and fourteen overall survival events (70%) were recorded. Median progression-free survival was 5.3 months (95% CI: 0.7-11.0), while median overall survival was 12.1 months (95% CI: 1.7-18.4). Grade 3-4 adverse events occurred in 10% of patients. The most common adverse events were fatigue (40%), hypertension (20%), elevated liver enzymes (15%), and bleeding (5%).

Conclusion: Atezolizumab plus Bevacizumab demonstrated promising disease control in patients with advanced hepatocellular carcinoma, with an objective response rate of 40%, a disease control rate of 75%, a median progression-free survival of 5.3 months, and a median overall survival of 12.1 months. The safety profile was acceptable, with grade 3-4 adverse events observed in 10% of patients.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, Atezolizumab, Bevacizumab, ALBI grade, real-world evidence.

*Corresponding author
Email: dr.nguyentuyen.bvqy175@gmail.com **Phone**: (+84) 962660496 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6169

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA PHÁC ĐỒ ATEZOLIZUMAB KẾT HỢP BEVACIZUMAB TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TIẾN XA TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Tiến Dũng, Hà Mạnh Đức, Trần Đức Linh, Nguyễn Mai Linh, Mai Công Dũng, Nguyễn Chí Kiên, Nguyễn Thế Dũng, Nguyễn Hữu Xuân Thanh, Võ Thị Văn Minh, Nguyễn Thị Tình, Nguyễn Khắc Tuyến*

Bệnh viện Quân y 175 - 786 Nguyễn Kiệm, P. Hạnh Thông, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 03/06/2026
Ngày sửa: 25/07/2026; Ngày đăng: 05/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị, kết cục sống còn và tính an toàn của phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tiến xa tại Bệnh viện Quân y 175.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca, theo dõi dọc trên 20 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tiến xa, được điều trị bằng phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 3/2023 đến tháng 8/2025. Đáp ứng điều trị được đánh giá theo tiêu chuẩn RECIST 1.1; thời gian sống thêm không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ được ước tính bằng phương pháp Kaplan-Meier.

Kết quả: Đáp ứng tốt nhất theo RECIST 1.1 gồm 8 trường hợp (40%) đáp ứng một phần, 7 trường hợp (35%) bệnh ổn định và 5 trường hợp (25%) bệnh tiến triển. Tỷ lệ đáp ứng khách quan đạt 40% và tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 75%. Trung vị thời gian theo dõi là 16,7 tháng (KTC 95%: 5,7-NR). Có 16 biến cố thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (80%) và 14 biến cố thời gian sống thêm toàn bộ (70%). Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5,3 tháng (KTC 95%: 0,7-11,0), trong khi trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 12,1 tháng (KTC 95%: 1,7-18,4). Độc tính độ 3-4 ghi nhận ở 10% bệnh nhân. Các biến cố bất lợi thường gặp gồm mệt mỏi (40%), tăng huyết áp (20%), tăng men gan (15%) và xuất huyết (5%).

Kết luận: Phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab cho thấy hiệu quả kiểm soát bệnh khả quan ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tiến xa với tỷ lệ đáp ứng khách quan 40%, lệ kiểm soát bệnh 75%, trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển 5,3 tháng và trung vị thời gian sống thêm toàn bộ 12,1 tháng. Hồ sơ an toàn ở mức chấp nhận được, với tỷ lệ độc tính độ 3-4 là 10%.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, Atezolizumab, Bevacizumab, phân độ ALBI, dữ liệu đời thực.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (hepatocellular carcinoma - HCC) là một loại ung thư nguyên phát của gan và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên thế giới. Tại Việt Nam, theo GLOBOCAN 2022, ung thư gan đứng đầu cả về tỷ lệ mắc mới và tỷ lệ tử vong do ung thư [1]. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa hoặc giai đoạn cuối, khi các phương pháp điều trị triệt căn hoặc điều trị tại chỗ không còn phù hợp, do đó điều trị toàn thân đóng vai trò chủ đạo trong kiểm soát bệnh và kéo dài thời gian sống còn.

Trong những năm gần đây, liệu pháp miễn dịch kết hợp thuốc kháng tạo mạch đã trở thành một bước tiến quan trọng trong điều trị HCC tiến xa. Nghiên cứu pha III IMbrave150 cho thấy phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab cải thiện thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) so với Sorafenib ở bệnh nhân HCC không thể cắt bỏ, với trung vị OS đạt 19,2 tháng [2-3]. Trên cơ sở đó, phác đồ này đã được khuyến cáo là lựa chọn điều trị bước một trong các hướng dẫn thực hành lâm sàng của Mạng lưới Ung thư Toàn diện Quốc gia (NCCN), Hiệp hội Ung thư Y học châu Âu (ESMO) và Hội Ung thư Lâm sàng Hoa Kỳ (ASCO).

Tuy nhiên, hiệu quả và tính an toàn của Atezolizumab kết hợp Bevacizumab trong thực hành lâm sàng có thể khác với kết quả từ các thử nghiệm lâm sàng do bệnh nhân đời thực thường có chức năng gan suy giảm, nồng độ AFP cao, huyết khối tĩnh mạch cửa hoặc các đặc điểm tiên lượng bất lợi khác. Một số nghiên cứu đời thực tại châu Á đã ghi nhận hiệu quả và tính khả thi của phác đồ này trên các nhóm bệnh nhân có đặc điểm lâm sàng đa dạng hơn [4-6]. Tuy nhiên, dữ liệu về việc sử dụng Atezolizumab kết hợp Bevacizumab trong điều kiện thực hành lâm sàng tại Việt Nam hiện vẫn còn hạn chế.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá đáp ứng điều trị, kết cục sống còn và tính an toàn của phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab ở bệnh nhân HCC tiến xa điều trị tại Bệnh viện Quân y 175.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca, theo dõi dọc.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân HCC giai đoạn tiến xa (không thể cắt bỏ hoặc di căn) được điều trị bằng phác đồ Atezolizumab kết hợp với Bevacizumab tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 3/2023 đến tháng 8/2025.

- *Tiêu chuẩn chọn mẫu:* Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên;

*Tác giả liên hệ
Email: dr.nguyentuyen.bvqy175@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 962660496 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6169

được chẩn đoán xác định HCC; bệnh ở giai đoạn tiến xa hoặc không thể cắt bỏ; được điều trị ít nhất 1 chu kỳ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab; có đầy đủ dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học phục vụ đánh giá kết quả điều trị.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ để đánh giá đáp ứng điều trị hoặc kết cục sống còn; mất theo dõi ngay sau chu kỳ điều trị đầu tiên (thời gian theo dõi < 1 tháng).

Theo các tiêu chuẩn trên, từ tháng 3/2023 đến tháng 8/2025, có 20 bệnh nhân HCC tiến xa được đưa vào nghiên cứu và điều trị bằng phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab tại Bệnh viện Quân y 175.

2.4. Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Thu thập dữ liệu

Các thông tin nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị, đáp ứng điều trị, biến cố bất lợi và kết cục sống còn được thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án điện tử của Bệnh viện Quân y 175 theo phiếu thu thập số liệu thống nhất.

2.6. Xử lý số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm Stata phiên bản 17. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR), các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Thời gian theo dõi trung vị được ước tính theo phương pháp reverse Kaplan-Meier. PFS và OS được ước tính bằng phương pháp Kaplan-Meier và trình bày dưới dạng trung vị cùng khoảng tin cậy (KTC) 95%.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên dữ liệu hồi cứu và theo dõi dọc từ hồ sơ bệnh án của người bệnh. Các thông tin cá nhân được mã hóa và bảo mật trong suốt quá trình thu thập, xử lý và phân tích số liệu. Dữ liệu chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học và không ảnh hưởng đến quá trình chẩn đoán, điều trị của người bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân tại thời điểm bắt đầu điều trị (n = 20)

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi (năm) [Trung vị (IQR)]		63 (54-70)
Giới tính nam		20 (100%)
Toàn trạng (ECOG)	PS = 0-1	14 (70,0%)
	PS ≥ 2	6 (30,0%)
Chức năng gan (Child-Pugh)	Child-Pugh A	19 (95,0%)
	Child-Pugh B/C	1 (5,0%)
Chỉ số ALBI	Trung vị (IQR)	-2,32 (-2,65 đến -2,00)
	ALBI độ 1	5 (25,0%)
	ALBI độ 2-3	15 (75,0%)
Nồng độ AFP	Trung vị (IQR) (ng/mL)	1115,0 (7,2-3450,0)
	< 400 ng/mL	8 (40,0%)
	≥ 400 ng/mL	12 (60,0%)
Giai đoạn BCLC	B	2 (10,0%)
	C	17 (85,0%)
	D	1 (5,0%)
Tình trạng di căn	Không di căn ngoài gan	6 (30,0%)
	Có di căn ngoài gan	14 (70,0%)
	Điều trị bước 1	17 (85,0%)
	Điều trị bước ≥ 2	3 (15,0%)

Tuổi trung vị của bệnh nhân là 63 tuổi (IQR: 54-70), toàn bộ là nam giới. Tỷ lệ bệnh nhân có ECOG PS 0-1 là 70%, ECOG PS ≥ 2 là 30%. Hầu hết bệnh nhân thuộc nhóm Child-Pugh A (95%). Chỉ số ALBI trung vị là -2,32 (IQR: -2,65 đến -2,00); 25% bệnh nhân thuộc ALBI độ 1 và 75% thuộc ALBI độ 2-3. Nồng độ AFP trung vị trước điều trị là 1115,0 ng/mL (IQR: 7,2-3450,0), trong đó 60% bệnh nhân có AFP ≥ 400 ng/mL. Về giai đoạn bệnh, 10% bệnh nhân thuộc BCLC B, 85% thuộc BCLC C và 5% thuộc BCLC D. Tỷ lệ di căn ngoài gan là 70%. Phần lớn bệnh nhân được điều trị với phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab ở bước một (85%).

3.2. Đặc điểm và đáp ứng điều trị

Bảng 2. Đặc điểm điều trị và đáp ứng (n = 20)

Đặc điểm		Giá trị
Bước điều trị	Bước 1	17 (85,0%)
	Bước 2 trở lên	3 (15,0%)
	Số chu kỳ, trung vị (IQR)	5,5 (1,0-12,0)
Đáp ứng tốt nhất (RECIST 1.1)	Đáp ứng một phần (PR)	8 (40,0%)
	Bệnh ổn định (SD)	7 (35,0%)
	Bệnh tiến triển (PD)	5 (25,0%)
	Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR)	8 (40,0%) (KTC 95%: 19,1-63,9)
	Tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR)	15 (75,0%) (KTC 95%: 31,5-76,9)
Lý do ngừng điều trị	Bệnh tiến triển	12 (60,0%)
	Độc tính	2 (10,0%)
	Còn đang điều trị/lý do khác	6 (30,0%)

Theo RECIST 1.1, trong toàn bộ 20 bệnh nhân, có 8 trường hợp đạt đáp ứng một phần (PR), 7 trường hợp bệnh ổn định (SD), 5 trường hợp bệnh tiến triển (PD). Tính trên toàn bộ mẫu nghiên cứu, ORR là 40% (KTC 95%: 19,1-63,9) và DCR là 75% (KTC 95%: 31,5-76,9).

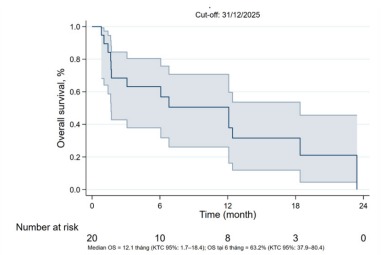
3.3. Đánh giá tính an toàn

Bảng 3. Các biến cố bất lợi được ghi nhận (n = 20)

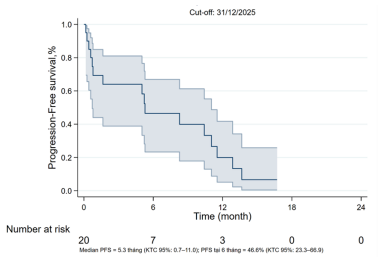
Biến cố bất lợi	Mọi độ	Độ 3-4
Bất kỳ AE	8 (40,0%)	2 (10,0%)
Bất kỳ irAE	2 (10,0%)	1 (5,0%)
Biến cố điển hình liên quan Bevacizumab	5 (25,0%)	1 (5,0%)
Tăng huyết áp	4 (20,0%)	0
Protein niệu	0	0
Xuất huyết	1 (5,0%)	1 (5,0%)
Mệt mỏi	8 (40,0%)	0
Tăng men gan	3 (15,0%)	0

Có 8 bệnh nhân (40%) ghi nhận ít nhất một biến cố bất lợi; độc tính độ 3-4 được ghi nhận ở 2 bệnh nhân (10%). Mệt mỏi là biến cố bất lợi thường gặp nhất (40%), tiếp theo là tăng huyết áp (20%) và tăng men gan (15%). Biến cố bất lợi liên quan miễn dịch được ghi nhận ở 10% bệnh nhân, trong khi các biến cố thường gặp liên quan Bevacizumab chiếm 25%. Không ghi nhận trường hợp protein niệu; chỉ có 1 trường hợp xuất huyết độ 3-4.

3.4. Kết cục sống còn



Hình 1. Đường cong Kaplan-Meier ước tính sống còn toàn bộ (OS)



Hình 2. Đường cong Kaplan-Meier ước tính PFS

Trung vị thời gian theo dõi trung vị là 16,7 tháng (KTC 95%: 5,7-NR). Trong thời gian theo dõi, ghi nhận 16 biến cố tiến triển bệnh hoặc tử vong (80%) và 14 trường hợp tử vong (70%). Trung vị PFS là 5,3 tháng (KTC 95%: 0,7-11,0), trong khi trung vị OS là 12,1 tháng (KTC 95%: 1,7-18,4).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu hồi cứu trên 20 bệnh nhân HCC giai đoạn tiến xa, được điều trị với phác đồ Atezolizumab kết hợp với Bevacizumab, chúng tôi ghi nhận ORR 40% và DCR 75%. Trung vị thời gian theo dõi là 16,7 tháng, trung vị PFS là 5,3 tháng và trung vị OS là 12,1 tháng. Kết quả này cho thấy phác đồ có khả năng kiểm soát bệnh trong điều kiện thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

So với nghiên cứu pha III IMbrave150, trong đó ORR đạt 30%, trung vị PFS đạt 6,8 tháng và trung vị OS đạt 19,2 tháng [2-3], kết quả sống còn trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm quần thể nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, mặc dù phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm Child-Pugh A (95%), có tới 75% bệnh nhân thuộc ALBI độ 2-3. Bên cạnh đó, 90% bệnh nhân ở giai đoạn BCLC C/D và 70% có di căn ngoài gan. Đây đều là những yếu tố tiên lượng bất lợi đã được chứng minh là có ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và thời gian sống còn toàn bộ ở bệnh nhân HCC tiến xa.

Khi so sánh với các nghiên cứu đời thực tại châu Á, kết quả của chúng tôi tương đối phù hợp. Hiraoka A và cộng sự ghi nhận hiệu quả điều trị của Atezolizumab kết hợp Bevacizumab vẫn được duy trì ở các nhóm bệnh nhân có chức năng gan suy giảm hoặc gánh nặng khối u cao [5]. Tương tự, Lee P.C và cộng sự cho thấy phân độ ALBI có giá trị tiên lượng đối với kết cục điều trị ở bệnh nhân HCC giai đoạn tiến xa được điều trị bằng phác đồ này [6]. Điều này có thể góp phần giải thích kết quả sống còn thấp hơn so với các thử nghiệm lâm sàng có tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiêm ngặt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số báo cáo bước đầu tại Việt Nam. Nghiên cứu đa trung tâm của Nguyễn Thị Dùng và cộng sự trên 115 bệnh nhân HCC giai đoạn không thể phẫu thuật, được điều trị bước một bằng phác đồ Atezolizumab kết hợp với Bevacizumab tại Bệnh viện K, Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Ung bướu Hà Nội ghi nhận ORR đạt 27,7% và DCR đạt 67,8% trong thực hành lâm sàng [8]. So với nghiên cứu này, ORR và DCR trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (40% và 75%). Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi bệnh khác nhau và sai số ngẫu nhiên do số lượng bệnh nhân hạn chế trong nghiên cứu hiện tại. Các tác giả cũng ghi nhận ECOG, Child-Pugh, nồng độ AFP, tình trạng huyết khối tĩnh mạch cửa và di căn xa là những yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị, phù hợp với nhận định trong nghiên cứu hiện tại.

Ngoài ra, nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Lan và cộng sự tại Bệnh viện K trên 70 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab cho thấy phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển và không còn khả năng phẫu thuật [9], phản ánh đặc điểm thường gặp của bệnh nhân HCC trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam. Điều này cho thấy quần thể bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối tương đồng với các báo cáo trong nước gần đây.

Về tính an toàn, tỷ lệ độc tính độ 3-4 trong nghiên cứu này là 10%, thấp hơn so với tỷ lệ 38% được báo cáo trong nghiên cứu IMbrave150 [2]. Có 40% bệnh nhân ghi nhận ít nhất 1 biến cố bất lợi. Mệt mỏi là biến cố thường gặp nhất, tiếp theo là tăng huyết áp và tăng men gan. Biến cố miễn dịch liên quan điều trị được ghi nhận ở 10% bệnh nhân, trong khi các biến cố thường gặp liên quan Bevacizumab chiếm 25%. Không ghi nhận trường hợp protein niệu và chỉ ghi nhận 1 trường hợp xuất huyết độ 3-4. Nhìn chung, các biến cố bất lợi quan sát được phù hợp với hồ sơ an toàn đã được báo cáo trước đây của phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu đơn trung tâm với cỡ mẫu nhỏ nên độ chính xác của các ước lượng còn hạn chế. Thứ hai, một số thông tin liên quan đến đánh giá nguy cơ xuất huyết, đặc biệt là dữ liệu nội soi tiêu hóa trên và tình trạng giãn vỡ tĩnh mạch thực quản-dạ dày trước điều trị, chưa được thu thập đầy đủ. Thứ ba, bản chất hồi cứu của nghiên cứu có thể dẫn đến bỏ sót các biến cố bất lợi mức độ nhẹ hoặc thoáng qua. Do đó, cần có thêm các nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá đầy đủ hơn hiệu quả và tính an toàn của phác đồ trong điều kiện thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

5. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu hồi cứu đơn trung tâm trên 20 bệnh nhân HCC giai đoạn tiến xa không còn chỉ định phẫu thuật, được điều trị bằng phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab cho thấy hiệu quả kiểm soát bệnh khả quan với ORR 40% và DCR 75%. Trung vị PFS đạt 5,3 tháng và trung vị OS đạt 12,1 tháng. Hồ sơ an toàn của phác đồ ở mức chấp nhận được, với tỷ lệ độc tính độ 3-4 là 10%. Cần có các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định thêm hiệu quả và tính an toàn của phác đồ trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel R.L, Soerjomataram I et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 2024, 74 (3): 229-263. doi: 10.3322/caac.21834

[2] Finn R.S, Qin S, Ikeda M, Galle P.R, Ducreux M, Kim T.Y et al. Atezolizumab plus Bevacizumab in unresectable hepatocellular carcinoma. N Engl J Med, 2020, 382 (20): 1894-1905. doi: 10.1056/NEJMoa1915745.

[3] Cheng A.L, Qin S, Ikeda M, Galle P.R, Ducreux M, Kim T.Y et al. Updated efficacy and safety data from IMbrave150: Atezolizumab plus Bevacizumab versus sorafenib for unresectable hepatocellular carcinoma. J Hepatol, 2022, 76 (4): 862-873. doi: 10.1016/j.jhep.2021.11.030

[4] Pinato D.J, Cortellini A, Howell J, Ramaswami R, Sharma R, Allara E et al. The ALBI grade provides objective functional reserve assessment and prognostic stratification in HCC patients treated with immunotherapy. J Hepatol, 2020, 73 (3): 718-720. doi: 10.1016/j.jhep.2020.04.043.

[5] Hiraoka A, Kumada T, Tada T, Kariyama K, Tani J, Fukunishi S et al. Initial experience of Atezolizumab plus Bevacizumab for unresectable hepatocellular carcinoma in real-world clinical practice. Cancers (Basel), 2021, 13 (11): 2786. doi: 10.3390/cancers13112786.

[6] Lee P.C, Chen Y.T, Chao Y, Huo T.I, Su C.W, Hou M.C et al. Validation of the ALBI grade as a prognostic factor for hepatocellular carcinoma patients receiving Atezolizumab plus Bevacizumab. Liver Cancer, 2021, 10 (6): 581-591. doi: 10.1159/000519762.

[7] Gordan J.D, Kennedy E.B, Abou-Alfa G.K, Beg M.S, Brower S.T, Gade T.P et al. Systemic therapy for advanced hepatocellular carcinoma: ASCO guideline update. J Clin Oncol, 2024, 42 (15): 1830-1850. doi: 10.1200/JCO.23.02745.

[8] Nguyễn Thị Dùng và cộng sự. Hiệu quả điều trị bước một ung thư biểu mô tế bào gan bằng phác đồ Atezolizumab - Bevacizumab. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2026, 200 (3): 377-388. doi: 10.52852/tcncyh.v200i3.4834.

[9] Nguyễn Thị Phương Lan, Nguyễn Thị Thu Hường. Đặc điểm bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan điều trị bằng phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab tại Bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam, 2025, 555 (2): 144-149. doi: 10.51298/vmj.v555i2.15990