

đó, chúng tôi kiến nghị việc lưu ý yếu tố tuổi tác và mức độ khó thở khi xây dựng chương trình tập luyện gắng sức cho người bệnh COPD.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rabe KF, Watz H. Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet. May 13 2017;389(10082):1931-1940. doi:10.1016/s0140-6736(17)31222-9
2. Ozalevli S, Ozden A, Itil O, Akkoclu A. Comparison of the Sit-to-Stand Test with 6 min walk test in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Respiratory medicine. 2007; 101(2):286-293.
3. Reyhler G, Straeten CV, Schalkwijk A, Poncin W. Effects of surgical and cloth facemasks during a submaximal exercise test in healthy adults. Respir Med. Sep 2021; 186:106530. doi:10.1016/j.rmed.2021.106530
4. Barbeito-Caamaño C, Bouzas-Mosquera A, Peteiro J, et al. Exercise testing in COVID-19 era: Clinical profile, results and feasibility wearing a facemask. European journal of clinical investigation. 2021; 51(4): e13509. doi: <https://doi.org/10.1111/eci.13509>
5. Foglio K, Carone M, Pagani M, Bianchi L, Jones P, Ambrosino N. Physiological and symptom determinants of exercise performance in patients with chronic airway obstruction. Respiratory medicine. 2000;94(3):256-263. doi: <https://doi.org/10.1053/rmed.1999.0734>
6. Bohannon RW, Crouch R. 1-Minute Sit-to-Stand Test: SYSTEMATIC REVIEW OF PROCEDURES, PERFORMANCE, AND CLINIMETRIC PROPERTIES. J Cardiopulm Rehabil Prev. Jan 2019;39(1) :2-8. doi: 10.1097/hcr.0000000000000336
7. O'Donnell DE, Elbehairy AF, Faisal A, Webb KA, Neder JA, Mahler DA. Exertional dyspnoea in COPD: the clinical utility of cardiopulmonary exercise testing. European Respiratory Review. 2016; 25(141):333-347.
8. Waatevik M, Johannessen A, Hardie JA, et al. Different COPD disease characteristics are related to different outcomes in the 6-minute walk test. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2012;9(3):227-234. doi: <https://doi.org/10.3109/15412555.2011.650240>

## ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ CYFRA 21-1, CEA, SCC HUYẾT TƯƠNG TRONG THEO DÕI ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN 19-8 BỘ CÔNG AN

Trần Thị Thúy Hằng<sup>1</sup>, Đỗ Thị Lệ Thúy<sup>1</sup>

**Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTP-KTBN), Cyfra 21-1, CEA, SCC huyết tương.

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định nồng độ Cyfra 21-1, CEA, SCC huyết tương và sự thay đổi nồng độ Cyfra 21-1, CEA, SCC trong quá trình điều trị ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 41 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện 19-8 từ tháng 4/2023 đến tháng 2/2024. Tất cả bệnh nhân được xét nghiệm định lượng nồng độ CEA, SCC, Cyfra 21-1 vào thời điểm trước và sau điều trị 1 tháng (sau 1 đợt điều trị). **Kết quả:** Nồng độ CEA, Cyfra 21-1, SCC ở nhóm bệnh nhân mới phát hiện bệnh ở đợt trước và sau điều trị lần lượt là 36,65 và 28,96 ng/mL; 1,57 và 1,48 ng/mL; 6,78 và 4,39 ng/mL. Nhóm bệnh nhân tái phát cũng cho kết quả tương tự với sự giảm đáng kể của nồng độ 3 dấu ấn CEA, SCC và Cyfra 21-1 tương ứng 279,22 và 271,44 ng/mL; 2,94 và 1,61 ng/mL; 8,61 và 5,67 ng/mL, sự khác biệt có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . **Kết luận:** Sự thay đổi nồng độ 3 dấu ấn Cyfra 21-1, CEA, SCC có xu hướng giảm dần ở cả hai nhóm bệnh nhân trong quá trình điều trị.

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF CHANGES IN PLASMA CYFRA 21-1, CEA, SCC CONCENTRATIONS DURING TREATMENT MONITORING IN PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT 19-8 HOSPITAL MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

**Objective:** Determine plasma Cyfra 21-1, CEA, SCC concentrations, and changes in Cyfra 21-1, CEA, SCC concentrations during treatment in patients with non-small cell lung cancer at 19-8 Hospital Ministry of Public Security. **Methods:** Prospective descriptive study on 41 patients diagnosed with non-small cell lung cancer at 19-8 Hospitals from April 2023 to February 2024. All patients were tested to quantify CEA, SCC, and Cyfra 21-1 levels before and 1 month after treatment. **Results:** CEA, Cyfra 21-1, SCC concentrations in the group of patients with newly discovered disease before and after treatment were 36.65 and 28.96 ng/mL; 1.57 and 1.48 ng/mL; 6.78 and 4.39 ng/mL, respectively. The group of relapsed patients also showed similar results with a significant decrease in the concentrations of 3 markers CEA, SCC, and Cyfra 21-1 to 279.22 and 271.44 ng/mL; 2.94 and 1.61 ng/mL; 8.61 and 5.67 ng/mL, respectively; a significant difference with  $p < 0.05$ . **Conclusion:** The

<sup>1</sup>Bệnh viện 19-8 Bộ Công An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy Hằng

Email: bsthuylhang198@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 12.6.2024

change in concentrations of 3 markers tends to gradually decrease in both groups of subjects during treatment. **Keywords:** Non-small cell lung cancer (NSCLC), Cyfra 21-1, CEA, SCC.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (GLOBOCAN 2022), ung thư phổi là ung thư phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong cao nhất. UTP là bệnh đứng đầu về tỷ lệ mắc với gần 2,5 triệu ca mới được chẩn đoán, đứng thứ nhất ở nam giới và thứ hai ở nữ giới [1]. Ung thư phổi có độ ác tính cao, tiến triển nhanh, tiên lượng xấu và tỷ lệ sống 5 năm thấp. Do đó việc chẩn đoán sớm, điều trị hiệu quả, theo dõi điều trị, đánh giá tái phát bệnh là hết sức quan trọng. Theo phân loại của WHO, ung thư phổi chia làm 2 nhóm chính dựa trên đặc điểm mô bệnh học là ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTP-KTBN) và ung thư phổi tế bào nhỏ (UTP- TBN). Trong đó ung thư biểu mô (UTBM) vảy và UTBM tuyến là 2 dạng hay gặp của UTP-KTBN. Mặc dù có những tiến bộ trong các lĩnh vực chẩn đoán và điều trị của y học, thì ung thư phổi vẫn là căn bệnh gây nhiều khó khăn cho các bác sỹ lâm sàng. Đa phần bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn muộn khi khối u đã tiến triển hoặc di căn. Lúc này phương pháp phẫu thuật không còn được chỉ định, thay vào đó bệnh nhân được điều trị bằng hóa trị, xạ trị hoặc hóa xạ trị đồng thời [2]. Hiện nay, trong ung thư phổi các dấu ấn thường được dùng là: Cyfra 21-1, CEA, SCC giúp theo dõi tiên lượng bệnh, đánh giá đáp ứng điều trị và phát hiện tái phát giúp kéo dài thời gian sống, cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân [3]. Để làm rõ vấn đề này chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu theo dõi trong quá trình điều trị của 41 bệnh nhân ung thư phổi tại Bệnh viện 19-8 bộ công an với mục tiêu: Khảo sát nồng độ Cyfra 21-1, CEA, SCC và đánh giá sự thay đổi nồng độ Cyfra 21-1, CEA, SCC huyết tương trong quá trình điều trị ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện 19-8 bộ công an.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 41 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng mô bệnh học, được điều trị (phẫu thuật, hóa chất, hóa xạ trị, miễn dịch, điều trị đích hoặc điều trị phối hợp các phương pháp) tại Bệnh viện 19-8 trong thời gian từ tháng 4/2023 đến tháng 2/2024.

### ➤ **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng mô bệnh học giai đoạn III-IV.

- Thời gian tiên lượng sống của bệnh nhân > 3 tháng.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### ➤ **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Không phải bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ.

- Bệnh nhân tiên lượng sống < 3 tháng

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: lấy mẫu thuận tiện, 41 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

- Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu:

- Các thông tin chung về đối tượng nghiên cứu sẽ thu được qua hồ sơ bệnh án bệnh nhân được điều trị tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện 19-8, các chỉ số xét nghiệm CEA, Cyfra 21-1, SCC sẽ được thu thập từ khoa Hóa Sinh Bệnh viện 19-8 Bộ công an.

- Đối với những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được lấy máu làm xét nghiệm CEA, Cyfra 21-1, SCC, quy trình lấy máu như sau:

• Giải thích cho bệnh nhân về nghiên cứu và tiến hành lấy máu sau khi được bệnh nhân đồng ý.

• Lấy máu tĩnh mạch vào buổi sáng, bệnh nhân nhịn đói ít nhất 8h.

• Số lượng 2ml vào ống chống đông bằng Li-heparin.

• Bệnh nhân sẽ được lấy máu 2 lần tại 2 thời điểm điều trị.

- Mẫu máu xét nghiệm chạy trên máy cobas 6000 (module e601) với phương pháp định lượng: miễn dịch bắt cặp sử dụng công nghệ miễn dịch điện hóa phát quang. Khoảng tham chiếu của các xét nghiệm hiện đang sử dụng tại phòng xét nghiệm là: CEA < 8 ng/mL; Cyfra 21-1 < 3,3 ng/mL; SCC ≤ 2 ng/mL.

## **2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 2 năm 2024

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện 19-8 Bộ công an.

**2.4. Phương pháp xử lý số liệu.** Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 20.0 bằng các thuật toán thống kê y học.

Phân tích nồng độ xét nghiệm CEA, SCC và Cyfra 21-1 trong các nhóm đối tượng nghiên cứu được so sánh bằng các sử dụng kiểm định  $\chi^2$  hoặc Fisher, biến định lượng với biến phân phối chuẩn: kiểm định T test, ANOVA; với biến phân phối không chuẩn: kiểm định Mann-Whitney, Kruskal-Wallis...

**2.5. Đạo đức nghiên cứu.** Đây là nghiên cứu mô tả, tiến cứu, nghiên cứu này đã được hội đồng chuyên môn Bệnh viện 19-8 thông qua. Toàn bộ thông tin nghiên cứu được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án, các thông tin được bảo mật, chỉ sử dụng cho nghiên cứu, không sử dụng với mục đích nào khác và không can thiệp vào quá trình điều trị của bệnh nhân.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu thực hiện trên 41 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được tiến hành khảo sát đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và xác định nồng độ CEA, SCC, Cyfra 21-1 qua 2 đợt điều trị (trước và sau 1 đợt điều trị).

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu**

Nhóm nghiên cứu	Nhóm mới mắc bệnh		Nhóm tái phát		Tổng		
	Số BN (n)	Tỷ lệ %	Số BN (n)	Tỷ lệ %	Số BN (n)	Tỷ lệ %	
Nhóm tuổi	<55	4	17,39	4	22,22	8	19,51
	55 – 70	11	47,83	8	44,44	19	46,34
	>70	8	34,78	6	33,33	14	34,15
Giới	Nam	18	78,26	12	66,67	30	73,17
	Nữ	5	21,74	6	33,33	11	26,83
Tiền sử hút thuốc lá	Có	14	60,87	11	61,11	25	60,98
	Không	9	39,13	7	38,89	16	39,02

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân ít tuổi nhất là 35 tuổi và cao tuổi nhất là 82 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh UTP-KTBN chủ yếu gặp ở độ tuổi từ 55-70 tuổi (chiếm tỷ lệ cao nhất 47,83% và 44,44% tương ứng ở 2 nhóm). Tỷ lệ mắc bệnh

UTP-KTBN ở nam cao hơn nữ, 78,26% so với 21,74% ở nhóm mới mắc bệnh và 66,67% so với 33,33% ở nhóm tái phát. Bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá cao hơn bệnh nhân không hút thuốc (60,87% so với 39,13% và 61,11% so với 38,89%).

**Bảng 3.2. Đặc điểm mô bệnh học và giải phẫu bệnh**

Đặc điểm	Nhóm mới mắc bệnh		Nhóm tái phát		
	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %	
Mô bệnh học	UTBM tuyến	19	82,61	18	100
	UTBM vảy	4	17,39	0	0
Giai đoạn	IIIB	7	30,43	6	33,33
	IV	16	69,57	12	66,67
Tổng	23	100	18	100	

Trong nghiên cứu này, cả 2 nhóm đối tượng nghiên cứu đều có tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến cao (82,61% và 100% tương ứng), ung thư biểu mô vảy chiếm tỷ lệ thấp 17,39%. Giai đoạn IV nhiều hơn giai đoạn IIIB với tỷ lệ lần lượt là 69,57% và 66,67% so với 30,43% và 33,33%.

**Bảng 3.3. Sự thay đổi nồng độ của các dấu ấn sinh học ung thư ở nhóm mới điều trị**

Dấu ấn	X ± SD	Trung vị	Min	Max	p	
CEA (ng/mL)	Bắt đầu điều trị	36,65 ± 53,61	11,7	2,4	206	0,009
	Sau 1 đợt điều trị	28,96 ± 52,69	7,3	1,2	196	
SCC (ng/mL)	Bắt đầu điều trị	1,57 ± 0,84	1,3	0,5	3,3	0,713
	Sau 1 đợt điều trị	1,48 ± 1,04	1,1	0,3	5	
Cyfra 21-1 (ng/mL)	Bắt đầu điều trị	6,78 ± 6,19	4,7	2,5	22	0,005
	Sau 1 đợt điều trị	4,39 ± 4,42	4,2	1,8	19	

Kết quả khảo sát nồng độ cả 3 dấu ấn sinh học CEA, SCC và CYFRA 21-1 ở nhóm bệnh nhân mới phát hiện bệnh sau 1 đợt điều trị có sự thay đổi so với lúc trước điều trị. Cụ thể:

Nồng độ CEA trung bình giảm từ 36,65 ng/mL xuống 28,96 ng/mL (giá trị trung vị giảm từ 11,7 xuống 7,3), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Kết quả tương tự với

nồng độ Cyfra 21-1 trung bình là 6,78 ng/mL và sau điều trị giảm xuống 4,39 ng/mL, sự khác biệt giữa 2 đợt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Nồng độ SCC thời điểm trước điều trị có giá trị trung bình là 1,57 ng/mL giảm xuống 1,48 ng/mL, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

**Bảng 3.4. Sự thay đổi nồng độ của các dấu ấn sinh học ung thư ở nhóm tái phát**

Dấu ấn	X ± SD	Trung vị	Min	Max	p	
CEA	Bắt đầu điều trị	279,22 ± 864,19	26,6	1,5	3682	0,53

(ng/mL)	Sau 1 đợt điều trị	271,44 ± 816,2	15,3	1,3	3430	0,006
<b>SCC</b> (ng/mL)	Bắt đầu điều trị	2,94 ± 3,83	2,4	0,7	17	
	Sau 1 đợt điều trị	1,61 ± 2,17	1,5	0,5	10	0,039
<b>Cyfra 21-1</b> (ng/mL)	Bắt đầu điều trị	8,61 ± 11,7	5,5	1,8	53	
	Sau 1 đợt điều trị	5,67 ± 6,68	4	1,2	28	

Sau 1 đợt điều trị ở nhóm bệnh nhân tái phát có sự thay đổi: nồng độ SCC trung bình giảm từ 2,94 ng/mL xuống 1,61 ng/mL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nồng độ Cyfra 21-1 trung bình trước điều trị là 8,61 ng/mL khác biệt có ý nghĩa thống kê so với sau điều trị là 5,67 ng/mL ( $p < 0,05$ ). Nồng độ CEA trung vị trước và sau điều trị cho thấy có sự giảm từ 26,6 ng/mL xuống 15,3 ng/mL, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê do  $p > 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 41 bệnh nhân với 30 bệnh nhân nam (73,17%) và 11 bệnh nhân nữ (26,83%), tỷ lệ nam/nữ mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ là 2,7/1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam. Theo nghiên cứu của Hàn Thị Thanh Bình (2018) tỷ lệ mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ của nam/nữ 3,66/1 [4]. Độ tuổi mắc UTP-KTBN trong nghiên cứu của chúng tôi từ 35 – 82 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là 55 – 70 tuổi chiếm 46,34%. Tỷ lệ mắc bệnh UTP-KTBN ở nam cao hơn nữ (nam chiếm 73,17%). Bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá chiếm 60,98% cao hơn bệnh nhân không hút thuốc lá. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác. Theo nghiên cứu của Vũ Lan Anh năm 2019 và cộng sự tỷ lệ mắc bệnh UTP-KTBN chủ yếu gặp ở độ tuổi từ 50-70 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất 87,2%, tỷ lệ mắc bệnh UTP-KTBN ở nam cao hơn nữ (82,1% so với 17,9%). Bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá cao hơn bệnh nhân không hút (66,7% so với 33,3%) [5].

Về đặc điểm mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 37/41 bệnh nhân (90,2%) gặp nhiều hơn đáng kể so với ung thư biểu mô vảy (9,8%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Robinson B.M. cùng cộng sự nghiên cứu năm 2011 tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến chiếm 51,4%, ung thư biểu mô vảy chiếm 48,6% [6]. Trên cả 2 nhóm đối tượng nghiên cứu đều có bệnh nhân ở giai đoạn IV nhiều hơn giai đoạn IIIB với tỉ lệ lần lượt là 69,57% và 66,67% so với 30,43% và 33,33%. Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn IV cao hơn ở giai đoạn IIIB phù hợp với đa số nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Lại Thị Tố Uyên năm 2014 trên 45 bệnh nhân thì giai đoạn IV

chiếm tỷ lệ (62,2%), giai đoạn IIIB chiếm (37,8%) [7]. Điều này có thể do bệnh ung thư phổi thường diễn biến thầm lặng và bệnh nhân đến viện thường đã ở giai đoạn muộn của bệnh.

Từ kết quả bảng 3.3 và bảng 4.4 cho thấy trong suốt quá trình điều trị, nồng độ cả 3 dấu ấn sinh học: CEA, SCC và Cyfra 21-1 huyết tương ở cả nhóm mới phát hiện bệnh và nhóm tái phát đều giảm hơn so với lúc bắt đầu điều trị. Điều này phần nào cho thấy việc điều trị bằng phương pháp phẫu thuật và hóa chất, xạ trị, miễn dịch... đã tác động tốt đến khối ung thư phổi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở nhóm bệnh nhân mới phát hiện bệnh có nồng độ Cyfra 21-1 trước điều trị giảm rõ rệt so với sau 1 đợt điều trị (từ 6,78 ng/mL xuống 4,39 ng/mL). Kết quả tương tự với nhóm bệnh nhân tái phát có nồng độ Cyfra 21-1 giảm từ 8,61 ng/mL xuống còn 5,67 ng/mL. Khi so sánh các giá trị trung bình nồng độ CEA, đặc biệt là giá trị trung vị của CEA đã có xu hướng giảm nhiều trong suốt quá trình điều trị ở cả 2 nhóm đối tượng nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy kết quả phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Theo Dal Bello và cộng sự năm 2019, khảo sát nồng độ Cyfra 21-1, CEA và NSE ở bệnh nhân UTP-KTBN cho thấy nồng độ Cyfra 21-1 từ 5 ng/mL trước điều trị giảm xuống còn 2,5 ng/mL sau 4 chu kỳ điều trị, trong khi đó nồng độ CEA và NSE ở thời điểm sau điều trị khá ổn định so với ban đầu [8]. Nghiên cứu của Akihiro Yoshimura và cộng sự năm 2019 khi đánh giá nồng độ Cyfra 21-1 và CEA của bệnh nhân ở thời điểm 1 tháng và 4 tháng sau điều trị, cho kết quả Cyfra 21-1 dương tính thời điểm 1 tháng là 47 bệnh nhân (85,5%) và thời điểm 4 tháng là 39 bệnh nhân (70,9%), sự thay đổi nồng độ CEA dương tính từ 79 bệnh nhân xuống còn 74 bệnh nhân (với giá trị ngưỡng Cyfra 21-1  $\geq 3,5$  ng/mL, CEA  $\geq 5$  ng/mL) [9].

Phân tích kết quả nồng độ SCC ở 2 nhóm bệnh nhân đều cho thấy nồng độ SCC có sự giảm ở thời điểm ban đầu so với sau điều trị (từ 1,57 ng/mL xuống 1,48 ng/mL và từ 2,94 ng/mL xuống 1,61 ng/mL). Tuy nhiên sự giảm nồng độ SCC này chưa được rõ rệt, điều này có thể do dấu ấn SCC đặc trưng cho ung thư biểu mô tế bào vảy, trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi tập chung chủ yếu là bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến. Nghiên cứu của tác giả Masaki Tomita năm 2021 đã chỉ ra rằng yếu tố về tuổi, tình

trạng di căn hạch, nồng độ Cyfra 21-1 và SCC có liên quan tới tỷ lệ sống sau 5 năm của bệnh nhân. Nồng độ Cyfra 21-1 có vai trò tiên lượng độc lập về tình trạng tiến triển của ung thư và phân tầng đáp ứng điều trị của ung thư phổi không tế bào nhỏ [10]. Vì vậy cần phối hợp các dấu ấn sinh học Cyfra 21-1, CEA và SCC trong quá trình theo dõi điều trị của bệnh nhân UTP-KTBN để có thể đánh giá hiệu quả điều trị một cách chặt chẽ và toàn diện nhất.

## V. KẾT LUẬN

Sử dụng bộ ba dấu ấn sinh học ung thư CEA, Cyfra 21-1, SCC góp phần có ý nghĩa trong việc theo dõi điều trị bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được thực hiện với sự hỗ trợ từ Đề tài cấp cơ sở "Đánh giá nồng độ Cyfra 21-1, CEA, SCC huyết tương trong theo dõi điều trị ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ năm 2023" của Bệnh viện 19-8 Bộ công an.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Cancer Observatory. Published** (2022) <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheet/s/cancers/15-trachea-bronchus-and-lung-factsheet.pdf>
2. **Nguyễn Bá Đức** (2010). Điều trị nội khoa bệnh ung thư, 81 – 99. Hà Nội, Nhà xuất bản y học.
3. **Feng Chen, Xiu-Ying Wang, et al** (2015). Diagnostic value of Cyfra21-1, SCC and CEA for

- differentiation of early-stage NSCLC from benign lung disease. *Int J Clin Exp Med*, 8(7), 11295 – 11300.
4. **Hàn Thị Thanh Bình** (2018). Nghiên cứu điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, IV bằng hóa trị phức đồ cisplatin kết hợp với paclitaxel hoặc etoposide. Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Vũ Lan Anh, Trần Huy Thịnh** (2019). Khảo sát nồng độ CEA, SCC, Cyfra 21-1 huyết tương trong theo dõi điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 123 (7), 26-32
6. **Benjamin M Robinson, Catherine Kennedy, Jocelyn McLean et al** (2011). Node-negative Non-small cell lung cancer: Pathological staging and survival in 1765 consecutive cases. *J Thorac Oncol*, 6(10), 1691 – 1696.
7. **Lại Thị Tố Uyên** (2015). Khảo sát nồng độ bộ 3 marker CYFRA 21-1, CEA, SCCA ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại trung tâm ung bướu và y học hạt nhân, Bệnh viện Bạch Mai năm 2014. *Tạp chí y học thực hành*, 4(958), 62 – 65.
8. **Dal Bello M. G., Filiberti R. A.,** (2019). The role of CEA, CYFRA21-1 and NSE in monitoring tumor response to Nivolumab in advanced non-small cell lung cancer (NSCLC) patients, *Journal of Translational Medicine*, 17(1): 74 doi: 10.1186/s12967-019-1828-0.
9. **Akihiro Yoshimura 1, Junji Uchino,** (2019). Carcinoembryonic antigen and CYFRA 21-1 responses as prognostic factors in advanced non-small cell lung cancer. *Transl Lung Cancer Res*, 8(3):227-234, doi: 10.21037/tlcr.2019.06.08.
10. **Masaki Tomita, Shoei Kuroki** (2021). Impact of Preoperative Serum Tumor Markers in Patients with Lung Squamous Cell Carcinoma, *Scientific Research Publishing*, 10(03):48-55.

## VAI TRÒ CỦA ĐO CHIỀU DÀI CỔ TỬ CUNG KẾT HỢP XÉT NGHIỆM ACTIM PARTUS TRONG DỰ BÁO SINH NON

Nguyễn Xuân Mỹ<sup>1</sup>, Phạm Bá Nha<sup>2</sup>, Nguyễn Thái Giang<sup>1</sup>,  
Nguyễn Quốc Tuấn<sup>3</sup>, Lê Trần Thanh Thảo<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

Hiện nay, chuyển dạ sinh non vẫn là một thách thức lớn đối với chuyên gia y tế. Mặc dù các nghiên cứu về đo chiều dài cổ tử cung và xét nghiệm Actim Partus đã góp phần vào sự hiểu biết hơn con đường dẫn tới sinh non, nhưng trong thực hành lâm sàng vẫn còn chưa chắc chắn và mang tính riêng lẻ. Làm thế

nào để các phương pháp dự báo sinh non có thể có ích trong việc chăm sóc lâm sàng? Kết hợp các phương pháp dự báo sinh non có thể xác định một nhóm các phụ nữ được điều trị nhằm ngăn ngừa hoặc làm giảm khả năng sinh non mục đích là làm giảm bớt gánh nặng cho gia đình và xã hội? Bài viết này đánh giá giá trị dự báo và độ chính xác của xét nghiệm Actim Partus kết hợp với đo chiều dài cổ tử cung đối với sinh non trong thực hành lâm sàng. Sự kết hợp hai phương pháp chính là đo chiều dài cổ tử cung và xét nghiệm Actim Partus đã giúp cung cấp thông tin quan trọng nhằm đưa ra quyết định chẩn đoán chuyển dạ thật và loại trừ chuyển dạ giả. Điều này giúp các chuyên gia y tế đưa ra can thiệp kịp thời và phù hợp để giảm thiểu biến chứng non tháng cho thai nhi. **Từ khóa:** sinh non, phIGFBP-1, chiều dài cổ tử cung.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>4</sup>Bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Mỹ

Email: drnguyenxuanmy@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 12.6.2024

### SUMMARY

### THE ROLE OF CERVICAL LENGTH MEASUREMENT